DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
DE L'OUTAOUAIS

Pour des gens en santé dans des milieux en santé

Plan d'action régional en santé publique Outaouais

2004–2007

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS

Pour des gens en santé, dans des milieux en santé

Plan d'action régional de santé publique de l'Outaouais
2004-2007

Décembre 2003

Direction de santé publique,
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de l'Outaouais

106-05469/

Une publication de la

Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
104, rue Lois
Gatineau (Qc) J8Y 3R7
Téléphone : (819) 777-3871
http://www.santepublique-outaouais.qc.ca

Comité directeur

Hélène Dupont, coordonnatrice, Service de maladies infectieuses, DSP
Yun Jen, médecin-conseil, DSP
Lucie Lemieux, directrice, DSP
Louis-Philippe Mayrand, directeur général, CLSC-CHSLD Grande-Rivière
Gail Ryan, directrice générale intérimaire, Centre de santé du Pontiac
Normand Trempe, coordonnateur, Service de planification, DSP
Hélène Valade, directrice générale, CLSC-CHSLD de la Petite Nation

Coordination des travaux

Yun Jen, médecin-conseil, DSP

Comité de rédaction

Carl Clements
Mario Corbeil
Jean-Pierre Courteau
Geneviève D'Amour
Marthe Deschesnes
Farida Djoudi
Hélène Dupont
Lorraine Gagnon
Philippe Garvie
Yun Jen
Danielle Léveillé
Anne-Marie Ménard
Louise Pelletier
Louis-Marie Poissant
Normand Trempe

Graphisme

Sylvie Belisle

Table des matières

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES III

SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ATTENDUS IV

Petite enfance IV
Jeunes d'âge scolaire V
Adultes VI
Personnes âgées VI
Population générale VI

INTRODUCTION 1

1. VUE D'ENSEMBLE 2

2. PORTRAIT DE SANTÉ DE L'OUTAOUAIS 4

2.1 Profil socio-démographique 4
2.2 déterminants de la santé 5
2.3 État de santé 7
2.4 Styles de vie des jeunes en Outaouais 9
2.5 Quelques faits saillants 11

3. DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE 13

3.1 Petite enfance 13
3.2 Jeunes d'âge scolaire 16
3.3 Adultes 19
3.4 Personnes âgées 20
3.5 Population générale 21

4. HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES 23

4.1 Population générale 23
4.2 Petite enfance 26
4.3 Jeunes d'âge scolaire 27
4.4 Adultes 29
4.5 Personnes âgées 30

5. TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS 31

5.1 Population générale 31
5.2 Petite enfance 32
5.3 Jeunes d'âge scolaire 32
5.4 Personnes âgées 33

6. MALADIES INFECTIEUSES 35

6.1 Maladies évitables par l'immunisation 35
6.2 Infections transmissibles sexuellement et par le sang 37
6.3 Autres maladies infectieuses 39
6.4 Système de vigilance 40

7. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE 41

7.1 Système de vigilance 41
7.2 Qualité de l'air extérieur 42
7.3 Qualité de l'air intérieur 44
7.4 Autres maladies d'origine environnementale 45
7.5 Intoxications environnementales 46
7.6 Politiques publiques favorables à la santé 48

8. SANTÉ AU TRAVAIL 50

8.1 Priorités provinciales 50
8.2 Priorités régionales 52
8.3 Priorités locales 54

9. DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS 56

9.1 Accès à l'information 56
9.2 Capacités d'agir individuelles et collectives 57
9.3 Politiques publiques favorables à la santé 58
9.4 Inégalités de santé et de bien-être 59

10. PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES 61

11. PLAN DE MOBILISATION 63

12. SURVEILLANCE 67

13. ÉVALUATION 69

14. CONDITIONS DE SUCCÈS 71

CONCLUSION 72

RÉFÉRENCES 73

Liste des sigles et des acronymes

CLSC : Centre local de services communautaires
CMMI : Comité mixte municipalités industries
CO : Monoxyde de carbone
CPE : Centre de la petite enfance
CRDO : Conseil régional de développement de l'Outaouais
CSS : Comité de santé et de sécurité
CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP : Direction de santé publique
ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine
GMF : Groupe de médecine familiale
HAP : Hydrocarbures aromatiques polycycliques
IAB : Initiative Amis des bébés
IGC : Intervention globale et concertée
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
IRSST : Institut de recherche en santé et sécurité du travail
ISQ : Institut de la statistique du Québec
IVG : Interruption volontaire de grossesse
ITSS : Infection transmissible sexuellement et par le sang
LMS : Lésion musculo-squelettique
LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO : Maladie à déclaration obligatoire
MEQ : Ministère de l'Éducation du Québec
MENV : Ministère de l'Environnement
MRC : Municipalité régionale de comté
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS : Maladie transmissible sexuellement
NEGS : Naître égaux-Grandir en santé
ORDSCO : Organisation régionale de sécurité civile de l'Outaouais
PACE : Programme d'action communautaire pour l'enfant
PAR : Plan d'action régional de santé publique
PCNP : Programme canadien de nutrition prénatale
PCP : Pratiques cliniques préventives
PIED : Programme intégré d'équilibre dynamique
PII : Programme d'intervention intégré
PMSD : Programme de maternité sans danger
PPR : Programme de protection respiratoire
PPSDP : Programme public de services dentaires préventifs
PSJP : Programme de soutien aux jeunes parents
PSSA : Programme de subvention en sécurité alimentaire
PSSE : Programme de santé spécifique à un établissement
PQAT : Programme québécois d'abandon du tabac
PQDCS : Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLT : Programme québécois de lutte contre le tabagisme
RRSSS : Régie régionale de la santé et des services sociaux
SARM : Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIC: Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
SISAT : Système d'Information en Santé au Travail
SRAS : Syndrome respiratoire aigüe sévère
QAI : Qualité de l'air intérieur
TQHP : Table québécoise sur l'herbe à poux
VIH/sida : Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VNO : Virus du Nil occidental
VVS : Villes et villages en santé
YAPP : Programme Y'a personne de parfait

Synthèse des principaux résultats attendus

(2004-2007)

Le tableau suivant décrit les principaux résultats attendus du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Il faut noter que ces résultats, regroupés par clientèle et par type de service, *ne sont pas* identifiés par ordre de priorité. Alors que la Direction de santé publique devra, à différents degrés, soutenir l'ensemble des activités sous-jacentes, les zones grises identifient celles pour lesquelles les maîtres d'œuvre sont les CLSC.

PETITE ENFANCE

Services cliniques ou individuels	1. Dans tous les CLSC de la région, mise en place des services de **rencontres prénatales, appel téléphonique et visite à domicile** en période postnatale. ⏮ 2. Tous les CLSC suivront 50% de la clientèle visée par **NÉGS** et 80% de la clientèle visée par le **PSJP** et ce, dans toutes leurs composantes. ⏮ 3. Intégration du volet de **prévention des traumatismes** dans les programmes NÉGS et PSJP. ⏮ 4. 50% des enfants de milieux défavorisés seront rejoints par les programmes de **stimulation précoce.** ⏮ 5. Dans tous les territoires, 95% des enfants qui reçoivent leurs **vaccins** des CLSC l'auront reçu dans les délais prescrits. ⏮ 6. Dans tous les territoires de CLSC, diffusion d'information aux parents, notamment via les activités des CLSC et des CPE, sur les moyens de protéger les enfants de 0-5 ans contre les **rayons ultraviolets**.
Actions sur les milieux de vie, incluant les milieux cliniques	7. Établissement d'un plan pour les autres composantes du **plan de services en périnatalité**. ⏮ 8. Mise en place d'un comité intersectoriel régional pour le volet intersectoriel des programmes **NÉGS** et **PSJP**. ⏮ 9. Dépôt et mise en œuvre d'un plan d'action régional en **allaitement maternel**. ⏮ 10. Trois CLSC et un CH de la région auront amorcé l'implantation de **l'Initiative Amis des bébés (IAB)**.
Actions sur l'environnement global, incluant les politiques publiques	11. Participation à des **comités intersectoriels** qui soutiennent les enfants et leur famille.

Légende :

- ⏮ résultats prioritaires à atteindre par les CLSC à l'intérieur de leurs ressources actuelles de santé publique
- ⏮ résultats prioritaires à atteindre par la DSP à l'intérieur de ses ressources actuelles
- ▭ résultats pour lesquels les CLSC sont *maîtres d'œuvre*
- ▭ autres résultats attendus

JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE

Entente MEQ-MSSS

1. Élaboration avec le réseau de l'éducation, les CLSC et les partenaires communautaires, d'une **intervention globale et concertée (IGC)** afin de :
   - développer les compétences personnelles et sociales, le bien-être et la réussite éducative des jeunes;
   - promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire;
   - promouvoir des saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires;
   - prévenir des problématiques psycho-sociales; et
   - intégrer les services préventifs. ☞
2. Sur tous les territoires de CLSC et en concertation avec les commissions scolaires et les autres partenaires communautaires, animation et coordination des **travaux locaux pour la mise en œuvre de l'entente MEQ-MSSS**, dont l'élaboration d'un plan d'action local conjoint. ◀◀

Services cliniques ou individuels

3. Offre sur tous les territoires de CLSC de **services cliniques de consultation en matière de sexualité ◀◀ (y compris services médicaux).**
4. **Dépistage** du risque carieux effectué auprès de 98% des enfants inscrits à la maternelle. 2 séances d'application topique de **fluorure** et d'éducation à la santé buccodentaire auprès de 85% des enfants identifiés à risque dans la région (au moins 80% des enfants à risque de chaque CLSC) et **référence** en bureau privé de 100% des enfants présentant un besoin évident de traitement. ◀◀
5. Réalisation et évaluation de deux projets pilotes locaux d'application **d'agent de scellement dentaire**.
6. **Vaccination** d'au moins 90% des élèves de 4è année primaire contre l'hépatite B et 90% des élèves du niveau secondaire contre la diphtérie et le tétanos. ◀◀

Actions dans les milieux de vie, incluant les milieux cliniques

7. Sur tous les territoires de CLSC, poursuite d'**activités éducatives** en milieu scolaire sur des thèmes de promotion/prévention jusqu'à la mise en œuvre de l'IGC. ◀◀
8. Organisation des volets territoriaux de diverses campagnes nationales et régionales sur le **non tabagisme** (" Parler c'est grandir ", le défi " J'arrête, j'y gagne ", " Gang allumée ", etc.). ◀◀
9. Sur tous les territoires de CLSC, organisation des volets régionaux et territoriaux des **campagnes de communication** sociétales sur la prévention de la violence, des agressions sexuelles et des problèmes de santé mentale : " Parler, c'est grandir! ". ☞
10. Participation d'au moins 60 écoles au programme **" École active ".**
11. Organisation de la campagne nationale " jeunes " de **Kino-Québec** auprès de 30 écoles.

Actions sur l'environnement global, incluant les politiques publiques

12. Dans le cadre des ententes MEQ-MSSS, promotion des **écoles sans fumée**.

Légende :

- ◀◀ résultats prioritaires à atteindre par les CLSC à l'intérieur de leurs ressources actuelles de santé publique
- ☞ résultats prioritaires à atteindre par la DSP à l'intérieur de ses ressources actuelles
- ▭ résultats pour lesquels les CLSC sont *maîtres d'œuvre*
- ▭ autres résultats attendus

ADULTES

Actions intégrées

1. Mise en œuvre et évaluation de deux projets pilotes d'un programme de type " 0-5-30 ". Ce type de programme fait la promotion de " 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour ".

Services cliniques ou individuels

2. Dans le cadre du **Programme québécois de dépistage du cancer du sein** (PQDCS), mise en œuvre de 5 Centres de dépistage accrédités dans la région. ⏩

Actions sur les milieux de vie

3. Réalisation de l'ensemble des activités prévues dans **l'entente CSST-MSSS** et reliées aux priorités provinciales, régionales et locales. ⏪
4. Soutien ponctuel à des activités de ***promotion/prévention*** en milieux de travail.

PERSONNES ÂGÉES

Services cliniques ou individuels

1. Augmentation de la couverture vaccinale contre l'**influenza** à 60% en milieu ouvert et maintien à 80 % en milieu fermé⏩

Actions sur les milieux de vie, incluant les milieux cliniques

2. Adaptation régionale d'un programme national sur la **prévention des chutes** chez les personnes âgées. ⏩
3. Élaboration d'un plan d'action régional en matière de prévention des **abus et de la négligence** envers les aînés.
4. Augmentation de dix groupes **Viactive** par année.
5. Augmentation du nombre de participants aux **clubs de marche**.

POPULATION GÉNÉRALE

Services cliniques ou individuels

1. Sur chaque territoire de CLSC, consolidation des services de **cessation du tabagisme**. ⏪
2. Implantation du **programme d'échanges de seringues** dans tous les territoires de CLSC.
3. Implantation d'un premier site de **services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS**.

Services de surveillance et de vigilance

4. Élaboration et mise en œuvre d'un plan régional de **surveillance continue** de l'état de santé de la population. ⏩
5. Mise en place d'une **réponse de première ligne en santé environnementale** par le biais du service Info-Santé. ⏪

Légende :

- ⏪ résultats prioritaires à atteindre par les CLSC à l'intérieur de leurs ressources actuelles de santé publique
- ⏩ résultats prioritaires à atteindre par la DSP à l'intérieur de ses ressources actuelles
- ▭ résultats pour lesquels les CLSC sont *maîtres d'œuvre*
- ▭ autres résultats attendus

	6. Maintien d'un **système de vigilance** rapide et de qualité pour toutes les demandes *ad hoc* reliées aux maladies infectieuses et à la santé environnementale présentant une menace réelle ou potentielle à la santé de la population. ⚑ 7. Mise en place de plans régionaux d'intervention en cas de **pandémie d'influenza**, **variole et de SRAS.** ⚑ 8. Élaboration d'un **plan d'urgence en santé environnementale**, incluant les actions relatives aux risques nucléaires, industriels, biologiques et chimiques.
Actions sur les milieux de vie, incluant les milieux cliniques	9. Diffusion des résultats d'enquêtes et d'autres études, notamment du **Portrait régional de santé** et de l'enquête **Styles de vie des jeunes**. ⚑ 10. Présence de projets mobilisateurs en **développement social** sur chacun des territoires par le maintien du soutien technique et financier apporté par le Fonds de développement social. ⚑ 11. Développement ou consolidation dans tous les territoires de CLSC d'au moins un mécanisme de concertation ou de projets concertés en matière de **sécurité alimentaire**. ⚑ 12. Relais des diverses **campagnes de communication** portant sur les habitudes de vie et la promotion de la santé mentale. 13. Soutien à l'intervention globale au regard de la prévention du **suicide**. 14. Participation à l'élaboration du volet préventif d'un plan d'action en lien avec **le jeu**. ⚑ 15. Développement d'outils et organisation de **séances de formation destinés aux intervenants cliniques** sur les thèmes suivants : les pratiques cliniques préventives en général, la santé périnatale et la santé mentale. 16. Réalisation d'un **projet pilote de promotion de pratique cliniques préventives** dans une unité de médecine familiale (UMF) rejoignant 6-8 médecins et 1 infirmière.
Actions sur l'environnement global, incluant les politiques publiques	17. Promotion du dossier des **environnements sans fumée** auprès des municipalités. ⚑ 18. Dépôt, auprès du MENV, d'une proposition de stratégie d'évaluation de la **qualité de l'air extérieur**. 19. Par le biais de diverses activités de concertation intersectorielle, contribution à la mise en place de politiques familiales dans les MRC et les municipalités ou de toute autre mesure visant le développement d'environnements favorables à la **vie familiale** et l'amélioration de la **qualité de vie** dans les communautés rurales et urbaines de la région (ex. : mesures en lien avec le transport, le logement, le loisir, la vie communautaire, etc.).

Légende :

- ❝ résultats prioritaires à atteindre par les CLSC à l'intérieur de leurs ressources actuelles de santé publique
- ⚑ résultats prioritaires à atteindre par la DSP à l'intérieur de ses ressources actuelles
- ☐ résultats pour lesquels les CLSC sont *maîtres d'œuvre*
- ☐ autres résultats attendus

Introduction

Pour des gens en santé...

En novembre 2002, le Ministère de la santé et des services sociaux a déposé le *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)*, énonçant ainsi l'ensemble des activités à mettre en œuvre dans les dix prochaines années dans l'ensemble du Québec pour améliorer la santé de la population. Rédigé dans le contexte de la *Loi sur la santé publique* (2001) et en continuité avec la *Politique de la santé et du bien-être* et les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le PNSP définit à la fois les fonctions de santé publique, les stratégies d'action, les domaines d'intervention et enfin les responsabilités respectives des paliers national, régional et local du réseau de la santé.

Le présent document répond à l'obligation de la Régie régionale de se doter d'un plan d'action régional (PAR) conforme au PNSP et adapté aux besoins de la région. À partir des objectifs nationaux et d'un bilan régional des interventions actuelles, il fait une projection générale des actions régionales et locales à mener dans le premier cycle de 3 ans du PNSP, tout en tenant compte des contraintes de ressources actuelles. Cette première version du plan a été élaborée par des groupes de travail de la Direction de santé publique, sous la coordination d'un Comité directeur composé de 7 représentants de la DSP et des CLSC.

... dans des milieux en santé.

Finalement, ce plan d'action régional oriente nos collaborations avec les partenaires intersectoriels, des conditions *sine qua non* de l'atteinte des objectifs établis. Il est révolu le temps où on pensait améliorer la santé des collectivités sans améliorer leurs milieux de vie. Ces milieux sont influencés par une multiplicité d'acteurs de divers secteurs et ne peuvent changer sans des actions concertées à plusieurs niveaux. Dans cette optique, ce plan doit être vu comme une seule partie d'un tout bien plus grand, une volonté sociétale d'améliorer l'état de santé des personnes et des collectivités de l'Outaouais. Comme dans toute longue démarche, les défis à relever sont nombreux et grands, les sentiers étant parfois sinueux, voire non tracés. La mise en œuvre du plan actuel nous permettra de faire un premier pas.

1. Vue d'ensemble

Valeurs et principes éthiques

Dans un contexte de planification auprès d'une population, de communautés ou de groupes d'individus, le recours aux valeurs et aux principes éthiques nous invite à la réflexion et favorise la discussion et les débats quand aux préoccupations à avoir et les orientations à prendre. Ainsi, le PNSP identifie 9 principes éthiques qu'au niveau régional, nous faisons nôtres: le *bien commun*, la *bienfaisance*, la *non-malfaisance*, l'*autonomie*, le *respect de la confidentialité et de la vie privée*, la *responsabilité*, la *solidarité*, la *protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables* et la *justice*.

Alors que la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et le respect de la confidentialité et de la vie privée constituent des valeurs déjà reconnues pour l'ensemble des soins de santé et services sociaux, nous soulignons ici les valeurs qui sous-tendent davantage les services de santé publique, à savoir: le bien commun, la responsabilité, la solidarité, la protection des individus des groupes et des communautés vulnérables et la justice.

Le *bien commun* est une valeur qui occupe une place centrale en santé publique. La promotion de biens communs, ex.: la santé et le bien-être, la sécurité et un environnement sain, etc., invite à la défense des intérêts à long terme d'une population aux dépens, parfois, de préférences individuelles ou ponctuelles. La promotion de biens communs fait appel à la notion de *responsabilité*, qui prend deux formes: a) la responsabilité individuelle de faire des choix en considérant non seulement les conséquences sur sa propre santé et bien-être, mais aussi celles de toute la collectivité et b) la responsabilité sociale, incarnée par l'État et les différentes organisations sociales, de non seulement promouvoir le bien commun mais aussi de mettre en place les conditions pour que, sur le plan individuel, les choix sains soient les choix les plus faciles.

Il est bien connu que, comme la richesse, la santé ne se distribue pas également dans une population. Que ce soit en raison de conditions socio-économiques, d'âge, de sexe, d'ethnicité, de limitations physiques ou mentales, etc., il existe des groupes dits *vulnérables* qui sont plus susceptibles d'avoir des problèmes psychosociaux ou de santé. C'est donc au nom de la *solidarité sociale* que nous gardons, à travers cette démarche régionale de planification en santé publique, une préoccupation pour les besoins et la *protection* de ces groupes vulnérables, qui sont souvent des groupes défavorisés sur le plan socio-économique.

Finalement, le principe de *justice* nous amène ici à une recherche d'équilibre entre des mesures universelles pour tous et des mesures sélectives pour les personnes et les groupes vulnérables. Toutefois, la notion de justice nous amène également à vérifier que les mesures dites *universelles* soient réellement accessibles à tous les membres de la société, incluant les membres des groupes vulnérables.

Approches de planification

Quatre approches de planification ont été retenues dans cette démarche: l'approche par problèmes de santé, par déterminants, par clientèles et par résultats.

L'approche traditionnelle de santé publique, c'est-à-dire l'approche par *problèmes* de santé nous amène à

identifier d'abord, à l'intérieur d'un portrait général, les problèmes de santé les plus importants auprès d'une population, leurs facteurs de risque ou déterminants, les groupes affectés et les interventions à mettre en œuvre. Les problèmes de santé visés sont regroupés ici en 6 domaines d'intervention: i. Développement, adaptation et intégration sociale, ii. Habitudes de vie et maladies chroniques, iii. Traumatismes non intentionnels, iv. Maladies infectieuses, v. Santé environnementale et vi. Santé au travail.

L'approche par *déterminant* nous amène à agir sur des facteurs de risque ou de protection en amont des problèmes de santé. Les interventions privilégiées sont donc celles menées en prévention, avant que les demandes individuelles de services soient exprimées par les membres des groupes affectés.

L'approche par *clientèle*, davantage utilisée dans les CLSC, facilite l'intégration des interventions identifiées dans ce plan aux services actuels de première ligne. Les clientèles visés sont regroupés par âge: les tout-petits (0-5 ans), les jeunes d'âge scolaire (6-17 ans), les adultes (18-64 ans), les personnes âgées (65 ans et plus) et la population générale.

Finalement, les interventions identifiées dans le PNSP devront mener, à long terme, au *résultat* d'une amélioration de l'état de santé de la population québécoise. Elles visent donc plusieurs objectifs de santé : des *objectifs nationaux* à atteindre d'ici 2012 et des *objectifs régionaux* à atteindre d'ici 2007. Des *résultats intermédiaires de processus* sont aussi identifiés aux interventions et serviront également à des fins de reddition de compte.

Stratégies d'action

Les interventions proposées dan ce plan, bien que multiples, relèvent des mêmes stratégies d'action, à savoir : i. *renforcer le potentiel des personnes*, ii. *soutenir le développement des communautés*, iii. *participer aux actions intersectorielles* favorisant la santé et le bien-être, iv. *soutenir les groupes vulnérables* et v. encourager le recours aux *pratiques cliniques préventives efficaces*.

L'accent mis sur l'une ou l'autre des stratégies retenues varie en fonction des problèmes de santé ou les problèmes psychosociaux en question, leurs déterminants et le contexte dans lequel l'activité est mise en œuvre.

Organisation du texte

Le prochain chapitre trace un portrait global de l'état de santé de la population de l'Outaouais, en dressant un profil socio-sanitaire de la population générale et résumant les résultats d'une enquête récente sur les styles de vie des jeunes. Les 6 chapitres suivants (Chapitres 3-8) présentent les domaines d'intervention en identifiant pour chacun les *objectifs* visés, les *interventions menées ou actuelles* dans le réseau de la santé (excluant largement les interventions du milieu communautaire), les *défis et enjeux*, les *actions* à entreprendre et finalement les *résultats attendus* d'ici 2007. Des interventions plus transversales sont décrites pour le développement des communautés (Chapitre 9) et pour la promotion des pratiques cliniques préventives (Chapitre 10). Viennent ensuite les chapitres sur la mobilisation de ressources en cas de menaces à la santé (Chapitre 11), la surveillance de l'état de santé de la population (Chapitre 12) et l'évaluation (Chapitre 13). Enfin, la dernière section traite des conditions de succès pour la réalisation de ce plan (Chapitre 14).

2. Portrait de santé de l'Outaouais

2.1 *PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE*

La population de la région de l'Outaouais augmente plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec. Elle se concentre à plus de 70 % sur le territoire de la ville de Gatineau. Sa structure d'âge est vieillissante, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ne cessant d'augmenter alors que la proportion des jeunes de moins de 15 ans est en diminution constante. Entre 1996 et 2001, la proportion de jeunes a décru dans tous les districts de CLSC, sauf ceux de Hull, des Collines et de la Vallée-de-la-Lièvre. Les plus grandes proportions de personnes âgées se retrouvent dans les districts ruraux de la Petite-Nation, du Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau ainsi que dans le district de Hull. Comme dans l'ensemble du Québec, le nombre d'enfants par femmes en Outaouais est nettement inférieur au seuil de remplacement des générations.

Les indicateurs se rapportant aux naissances révèlent un portrait inégal selon les districts de CLSC. Dans l'ensemble, la région présente un taux de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées similaire à celui du Québec, mais ce taux est nettement plus élevé dans les districts de la Vallée-de-la-Gatineau, de la Petite-Nation et du Pontiac. La proportion des naissances de mères adolescentes est légèrement plus élevée dans la région que dans l'ensemble de la province, les proportions les plus importantes se retrouvant cette fois dans les districts de la Vallée-de-la-Gatineau, de la Vallée-de-la-Lièvre et de Hull. Le taux de naissances de bébés de faible poids est également plus élevé dans le district de la Vallée-de-la-Gatineau que dans l'ensemble de la région. Les variations intra-régionales dans le taux de naissances prématurées sont beaucoup moins grandes. Par ailleurs, le taux de naissances prématurées augmente depuis le milieu des années 80, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

L'union libre remplace de plus en plus le mariage au Québec et l'Outaouais ne fait pas exception à la règle. Cela dit, près de la moitié des personnes de 15 ans et plus dans la région sont mariées. La proportion de familles monoparentales avec enfants continue de croître, mais elle demeure similaire à celle observée au Québec. À cet égard, le district de CLSC de Hull se démarque nettement, plus de quatre familles sur dix avec des enfants sur ce territoire étant dirigées par un seul parent. C'est également dans le district de Hull que l'on trouve la plus grande proportion de personnes vivant seules.

Sur le plan socio-économique, la situation de l'Outaouais est plutôt favorable. La population de la ville de Gatineau comprend une proportion plus élevée de personnes possédant un diplôme universitaire que l'ensemble de la province. Le taux de chômage y est inférieur à la moyenne provinciale, contrastant avec le taux relativement élevé observé dans les territoires ruraux de l'Outaouais. Le revenu familial moyen en Outaouais est supérieur à la moyenne québécoise, mais cette statistique cache des îlots de pauvreté situés surtout dans les districts de Hull, de la Vallée-de-la-Gatineau, de la Petite-Nation et du Pontiac. Par ailleurs, le revenu moyen des familles résidant à Gatineau est nettement plus élevé que celui observé dans les autres grandes villes du Québec, même s'il demeure très inférieur à celui des familles de l'ensemble de l'agglomération urbaine d'Ottawa-Gatineau.

2.2 *DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ*

Comportements liés à la santé et facteurs de risque

Les progrès enregistrés en Outaouais depuis 1992 dans la lutte au tabagisme ont été modestes. Près de quatre personnes de 15 ans et plus sur dix continuent à fumer dans la région, une proportion significativement plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec. La pratique d'activités physiques de loisirs stagne et la moitié des adultes ne se livrent à aucune activité sur une base hebdomadaire. Les résidants de l'Outaouais sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir de mauvaises habitudes alimentaires. L'excès de poids prend des proportions épidémiques dans la région, le taux de personnes obèses ou souffrant d'embonpoint dépassant de beaucoup la moyenne québécoise. Le port du casque protecteur par les cyclistes a connu une baisse notable depuis 1992, même si l'Outaouais demeure la région du Québec où cette pratique est la plus répandue.

En ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, la région présente un profil général similaire à celui du Québec. Les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à déclarer une consommation régulière élevée ou des épisodes fréquents d'enivrement. Le taux régional de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies décroît rapidement et il se situe en deçà de la moyenne québécoise.

Adaptation sociale

Les données provenant des Centres Jeunesse de l'Outaouais indiquent que les taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse chez les jeunes de moins de 18 ans varient de façon importante entre les districts de CLSC de la région. Les taux observés dans les districts de la Vallée-de-la-Gatineau et de la Petite-Nation dépassent nettement la moyenne régionale, alors que ceux observés dans les districts des Collines et de Grande-Rivière sont beaucoup plus faibles. Cependant, cet indicateur ne reflète pas nécessairement l'ampleur relative des problèmes d'abus, de négligence, de troubles de comportement et d'abandon chez les jeunes de ces différents territoires. Par ailleurs, le taux de sortie sans diplôme du secondaire chez les jeunes de l'Outaouais était de 25 % en 1998-1999, soit le plus élevé des 14 régions du Québec pour lesquelles cette statistique était disponible.

Au chapitre de la criminalité, l'Outaouais apparaît comme une région très problématique. Les taux de jeunes contrevenants, de plusieurs types de crimes contre la personne, ainsi que les taux de victimisation et de perpétration d'actes de violence conjugale sont tous nettement plus élevés que ceux observés dans l'ensemble du Québec.

Services socio-sanitaires

Avec le virage ambulatoire, le nombre de lits dressés en soins physiques de courte durée dans la région a connu une diminution sensible, de 889 en 1995-1996 à 714 en 2000-2001. Parallèlement, le taux d'occupation des lits dressés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de l'Outaouais est demeuré stable, à environ 85 %. Ce taux est similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec. La durée de séjour moyenne dans les établissements régionaux a cependant augmenté de 7,3 à 9,2 jours au cours des quatre dernières années, une tendance qui va à l'encontre de la tendance provinciale. L'augmentation de la durée moyenne de séjour au Centre hospitalier des Vallées-de-l'Outaouais (CHVO) explique l'essentiel de cette tendance. En ce qui a trait à la durée du séjour suite à un accouchement, les données de MED-ÉCHO

indiquent qu'en Outaouais, plus de 70% des mères qui ont accouché en 1999-2000 ont eu un *congé précoce* du centre hospitalier, c'est-à-dire qu'elles ont quitté l'hôpital après un séjour de 48 heures et moins pour un accouchement vaginal ou de 96 heures et moins pour une césarienne.

Pour ce qui est des lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), leur nombre a également diminué de 1995-1996 à 2000-2001, soit de 1429 à 1279. Le taux d'occupation des lits se maintient à plus de 95 %, comme dans l'ensemble du Québec. La proportion de personnes de 65 ans et plus en hébergement permanent dans les CHSLD de la région varie de 2,7 % dans le district des Collines à 4,1 % dans le district de Hull. La rotation de la clientèle, mesurée par le taux d'admission, est très variable d'une année à l'autre, notamment en fonction du taux de mortalité de la population hébergée.

Environ 80 % des hospitalisations de résidants de la région en soins physiques de courte durée ont lieu dans un établissement de l'Outaouais, 17 % ont lieu en Ontario (en hausse depuis 1998-1999) et 3 % ont lieu ailleurs au Québec. Les populations des districts de Grande-Rivière et du Pontiac sont celles qui comptent les proportions relatives d'hospitalisations en Ontario les plus importantes. Environ 40 % des habitants de la région qui sont hospitalisés au Centre hospitalier des Vallées-de-l'Outaouais (CHVO) résident à l'extérieur de la ville de Gatineau. Les patients admis dans les autres hôpitaux de la région, à l'exception de ceux admis au CH Gatineau Mémorial, résident à plus de 90 % sur le territoire de l'hôpital. Fait intéressant, les taux correspondant à six des huit types d'interventions chirurgicales dites " pertinentes " sont plus élevés chez les résidants de l'Outaouais que parmi l'ensemble des Québécois. Ces taux varient par ailleurs de façon importante selon le district de CLSC de résidence et selon le type d'intervention.

Parmi les enfants de moins de 10 ans, moins de la moitié ont bénéficié, en 2000, d'au moins un service dentaire gratuit, une situation nettement moins favorable que celle observée dans l'ensemble du Québec. Cette sous-consommation de services dentaires assurés persiste depuis 1994. Enfin, la proportion de la population ayant consommé trois médicaments différents et plus, obtenus avec ou sans ordonnance sur une période de deux jours, a doublé dans la région entre 1987 et 1998. Cette proportion est maintenant légèrement plus élevée que la moyenne québécoise et elle varie de façon importante d'un district de CLSC à l'autre.

En ce qui concerne certains services de santé préventifs, on observe dans la région, comme dans l'ensemble du Québec, une augmentation de la proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie à l'intérieur de la période de deux ans recommandée pour le dépistage du cancer du sein. Par contre, le recours au test de Pap a légèrement reculé dans la région depuis 1992-1993. Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus était plus élevé en Outaouais que dans l'ensemble du Québec en 1992-1993 et cet avantage s'est maintenu en 1998.

Environnement physique

La quasi-totalité des résidants de la ville de Gatineau consomme une eau dite " de surface " (par opposition à l'eau provenant de sources souterraines), ayant subi un traitement " complet " comprenant la floculation, la décantation, la filtration et la chloration. À l'extérieur de Gatineau, la provenance et le traitement de l'eau potable varient selon les MRC. La majorité de la population de la MRC de Papineau et environ le tiers de celle de la MRC de la Vallée-de-la-Gatineau sont approvisionnées à partir de sources souterraines, dont l'eau est consommée sans traitement ou après une simple chloration. La plupart des résidants des MRC des Collines et du Pontiac consomment une eau de surface traitée par chloration seulement. La proportion des résidants de l'Outaouais qui consomment une eau de surface non traitée est très faible.

2.3 *ÉTAT DE SANTÉ*

Santé générale et bien-être

Les données de l'Enquête sociale et de santé 1998 nous apprennent que l'Outaouais est une des régions du Québec où la proportion de personnes se déclarant en moyenne ou en mauvaise santé est la plus élevée. Parmi les différents problèmes de santé déclarés, les allergies, l'asthme, les maux de tête et les accidents avec blessures sont relativement plus fréquents dans la région que dans l'ensemble du Québec. La proportion de la population de l'Outaouais qui se dit insatisfaite de sa vie sociale a augmenté de moitié entre 1987 et 1998. Avec 15 % d'insatisfaits, l'Outaouais se classe deuxième à ce chapitre, immédiatement derrière la région de Québec (15,6 %). Par contre, moins de 20 % de la population de l'Outaouais présente maintenant un niveau élevé de détresse psychologique, une amélioration importante depuis 1992-1993. Le pourcentage des personnes présentant des idées suicidaires sérieuses est demeuré stable dans la région à 3,4 %, une proportion similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec.

En général, la santé dentaire des enfants de 2e et de 6e année de la région s'est améliorée entre 1983 et 1999, autant en ce qui concerne la dentition primaire que la dentition permanente. L'indice de dents cariées, obturées ou absentes des enfants de l'Outaouais est maintenant meilleur que celui des enfants de l'ensemble du Québec.

Morbidité hospitalière

En plus de 30 ans de surveillance de l'état de santé, nous n'avons jamais pu disposer de données valides sur l'incidence des cancers dans la population de l'Outaouais. Cela est dû essentiellement au fait qu'année après année, environ 20 % des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez des résidants de l'Outaouais le sont dans les hôpitaux de l'Est ontarien. Or, l'intégration de ces données " ontariennes " avec celles recueillies dans les hôpitaux québécois est, au mieux, partielle et imparfaite. Cette situation nous empêche de tirer des conclusions valides sur les taux d'incidence des cancers dans la région.

Autres morbidités

Pour la période 1995-2001, la chlamydiose est la maladie infectieuse à déclaration obligatoire la plus fréquente dans la région, quoique le taux d'incidence régional soit comparable à celui observé dans l'ensemble de la province. On observe par ailleurs des taux d'incidence d'hépatite C et de scarlatine significativement plus élevés que la moyenne québécoise durant la même période.

Incapacité

Selon les enquêtes de santé, la proportion de personnes présentant une limitation d'activités à long terme est en croissance partout au Québec depuis au moins une dizaine d'années. En 1998, une personne sur huit environ habitant l'Outaouais présentait de telles limitations, comparativement à moins d'une personne sur dix dans l'ensemble du Québec.

Mortalité

L'espérance de vie à la naissance, tout en se maintenant légèrement sous la moyenne québécoise, a régulièrement augmenté dans la région au cours des vingt dernières années, atteignant, en 1994-1997, 74 ans chez les hommes et 80,3 ans chez les femmes. C'est dans le district des Collines que l'espérance de vie est la plus élevée (79 ans pour les deux sexes réunis) et dans le district de la Vallée-de-la-Gatineau qu'elle est la plus faible (75,5 ans). D'autre part, l'Outaouais présente toujours, comme c'est le cas depuis au moins 15 ans, l'espérance de vie en bonne santé la plus faible de toutes les régions du Québec.

L'Outaouais fait traditionnellement bonne figure en ce qui a trait à la mortalité infantile et périnatale. Cela dit, les taux régionaux calculés par le MSSS pour la période 1994-1998 doivent être interprétés avec prudence, puisque nous savons qu'ils ne tiennent pas compte d'un nombre significatif de décès infantiles survenus en Ontario durant l'année 1998.

Pour ce qui est de la mortalité générale, l'Outaouais présente depuis au moins 30 ans des taux ajustés supérieurs à la moyenne québécoise. L'excès de décès observé dans la région durant la période 1994-1997 est de 5 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes. Les districts de Hull (excès de 17 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (excès de 11 %) sont ceux où la surmortalité est la plus importante, alors que ceux des Collines et de la Petite-Nation enregistrent des taux significativement plus bas que la moyenne provinciale.

Les maladies de l'appareil circulatoire demeurent, malgré une baisse constante des taux ajustés au cours des 30 dernières années, la principale cause de décès au Québec et en Outaouais. Cette cause est aussi, après les tumeurs et les " accidents, empoisonnements et traumatismes ", la troisième en importance pour les années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans. Le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Outaouais est de 9 % supérieur à la moyenne québécoise. La mortalité excédentaire est surtout localisée sur le territoire de la ville de Gatineau.

Les taux ajustés de mortalité pour l'ensemble des tumeurs malignes (cancers) ont légèrement baissé en Outaouais depuis une dizaine d'années. Le taux observé dans la région durant la période 1994-1997 est similaire au taux québécois correspondant. Cependant, on observe une surmortalité significative dans le district du CLSC de Hull, surtout attribuable aux types de cancers associés au tabagisme (poumon, gorge et cavité buccale, œsophage, vessie). Par ailleurs, on observe un excès de mortalité de 14 % par cancer du poumon chez les femmes dans l'ensemble de la région.

L'Outaouais se classe dans la moyenne québécoise pour les décès par " accidents, empoisonnements et traumatismes ". Les décès observés dans cette catégorie, quoique beaucoup plus rares que ceux dus aux cancers ou aux maladies circulatoires, surviennent souvent chez des personnes relativement jeunes et sont responsables d'une proportion démesurément élevée des APVP observées avant l'âge de 75 ans. Les accidents de la circulation représentent la première cause de décès dans cette catégorie, suivie des suicides.

Les taux de décès par accidents de la circulation sont particulièrement élevés dans les districts ruraux de la Petite-Nation, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac. Encore aujourd'hui, l'alcool au volant est une problématique qui fait de nombreuses victimes. On note à l'échelle québécoise peu de changements entre 1991 et 2001 dans le pourcentage de conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale. Le pourcentage observé en Outaouais (41,6 %) est cependant légèrement supérieur à la moyenne québécoise (35 %).

Globalement, la région présente un taux de suicide similaire à celui de l'ensemble du Québec pour la période 1994-1997. On compte une soixantaine de suicides par année dans la région. Le taux ajusté de mortalité par suicide a augmenté substantiellement chez les hommes depuis une trentaine d'années. Chez les femmes, le taux est resté à peu près stable durant la même période et il est maintenant 5 fois plus faible que celui des hommes. Le taux de suicide chez les hommes varie beaucoup d'un district de CLSC à l'autre. Des taux significativement supérieurs à ceux du Québec sont observés dans les districts de la Vallée-de-la-Gatineau et de la Petite-Nation, alors que les populations de Grande-Rivière, des Collines et de Gatineau sont relativement épargnées. Les taux par districts de CLSC chez les femmes sont tous similaires au taux québécois moyen correspondant.

2.4 *STYLES DE VIE DES JEUNES EN OUTAOUAIS*

En complémentarité aux informations sur la population en général, nous présentons ici des informations spécifiques sur la situation des jeunes de 12 à 18 ans qui fréquentent les écoles secondaires de l'Outaouais. L'enquête « Styles de vie des jeunes dans l'Outaouais », conduite en 1991, 1996 et 2002, fournit des informations uniques sur la prévalence de plusieurs comportements, conditions de vie et phénomènes psychosociaux chez les élèves du secondaire de la région et sur l'évolution de ces réalités dans le temps. Elle permet également de mieux connaître certains phénomènes psychosociaux en émergence et d'identifier les groupes les plus vulnérables au regard de ces réalités.

L'environnement familial des jeunes

Les plus récentes données de l'enquête « Styles de vie des jeunes dans l'Outaouais, 1991-1996-2002 » montrent que la plupart des jeunes profitent d'un niveau élevé de **soutien parental**. De façon générale, les mères s'impliquent davantage que les pères auprès des jeunes, quoique les pères s'investissent de plus en plus si on en juge par l'augmentation constante de puis 1991 de la proportion de pères qui se montrent affectueux et attentionnés envers les adolescents et par la diminution, au cours de la dernière période, de la proportion de ceux qui affichent des comportements de contrôle abusif.

Quant à la **supervision parentale**, les résultats de 2002 montrent que la plupart des jeunes (91%) doivent respecter un couvre-feu les jours de semaine bien que cette proportion diminue avec l'âge. Entre 16 et 18 ans, 17% des jeunes disent n'avoir aucune limite quant aux heures de sortie durant la semaine. Pendant les fins de semaine, près du tiers des jeunes indiquent qu'ils peuvent sortir aussi tard qu'ils le veulent, et cette proportion atteint 54% chez les 16 à 18 ans. Malgré une utilisation fréquente d'Internet chez les jeunes et d'une exposition à des situations indésirables dans certains cas, la supervision parentale à l'égard de son utilisation est inexistante pour une forte proportion des jeunes utilisateurs. Ainsi, 87% de ceux qui utilisent Internet indiquent que leurs parents ne surveillent pas, ou surveillent rarement ce qu'ils font et les trois quarts disent n'avoir aucune limite de temps quant à son utilisation. Pourtant, 47% des garçons et 8% des filles ont visité des sites à caractère sexuel au cours du mois précédant l'enquête.

Le pourcentage de jeunes qui sont témoins de **violence familiale** en 2002 (22%) est inférieur à celui de 1991 (26%). On observe également une diminution constante de la proportion de jeunes qui se disent victimes de violence physique de la part de leurs parents. Alors que cette proportion était de 17% en 1991, elle est de 10% en 2002.

Le vécu scolaire

En ce qui concerne le volet scolaire, une très forte proportion des jeunes (96%) considèrent toujours que l'école est nécessaire pour obtenir un emploi et se sentent encouragés par leurs parents à poursuivre leurs études (98%). Près de trois jeunes sur quatre (71%) aspirent à des études supérieures, de niveau collégial ou universitaire. Les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à se sentir respectés (70%) et encouragés (56%) par leurs professeurs en 2002 qu'ils ne l'étaient en 1991. Cependant, l'intérêt des jeunes pour les matières à l'étude a diminué de façon constante depuis 1991. Les résultats de 2002 montrent qu'environ un jeune sur quatre est en situation d'échec scolaire ou à risque de l'être et plus du quart des jeunes ont déjà redoublé.

Travail rémunéré

De façon générale l'enquête montre également que la proportion de jeunes qui travaillent plus de 11 heures par semaine a augmenté entre 1996 et 2002, passant de 12% à 17%. Chez les jeunes qui travaillent 15 heures et plus par semaine, le pourcentage est de 3% chez les 12-13 ans et de 5% chez les 14-15 ans alors qu'il atteint 22% chez les 16 à 18 ans. Le travail rémunéré a des répercussions négatives chez un certain nombre de jeunes : un jeune sur sept ressent souvent de la fatigue et un jeune sur trois affirme que leur travail affecte leur vie scolaire (ex. : manque de concentration, omission de ses travaux scolaires) et qu'il a des effets négatifs sur leur humeur : 30% se sentent plus irritables et 24% déprimés.

Habitudes de vie

Si l'on tient compte des recommandations du Comité scientifique de Kino-Québec, trop peu de jeunes pratiquent des **activités physiques** de manière suffisante pour qu'elles puissent avoir un effet bénéfique sur leur santé. Ainsi, les jeunes devraient pratiquer une activité physique vigoureuse au moins 3 fois par semaine en plus de pratiquer une activité tous les jours ou faire au moins 7 séances d'activités par semaine. Sur la base de ces recommandations, environ un jeune sur deux dans notre région satisfait à ces conditions. De plus, on observe une baisse dans la pratique d'activités physiques à partir de 16 à 18 ans.

Les habitudes de consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes de 12 à 18 ans ont connu certains changements au cours de la dernière décennie. L'**alcool** est toujours la substance consommée par le plus fort pourcentage de jeunes et cette consommation a peu varié depuis 1991. Les autres produits consommés sont par ordre décroissant d'importance : le cannabis, la cigarette, les hallucinogènes, les médicaments non prescrits, la cocaïne et la colle. Pour la première fois, en 2002, l'usage du **cannabis** est plus fréquent que celui de la cigarette. En 2002, c'est 30% des élèves qui disent consommer du cannabis contre 25% qui fument la cigarette. La **cigarette** est le seul produit dont la consommation a connu une baisse entre 1996 et 2002 : la proportion de fumeurs actuels est passée de 33% à 25% alors que celle des fumeurs réguliers a chuté de 23% à 17%. Cette baisse est enregistrée dans l'ensemble des territoires, à l'exception du Pontiac. Selon ces résultats, il semble y avoir un excès de tabagisme chez les élèves du secondaire dans l'Outaouais lorsque nous comparons nos résultats à ceux de l'Ontario et ceux du Québec en général. En Outaouais, on observe également une augmentation de la consommation de **médicaments prescrits et non prescrit**s entre 1996 et 2002.

La proportion de **« moyens » et « gros » polyconsommateurs** a augmenté depuis 1991. En 2002, cette proportion est de 10% alors qu'elle était de 8% en 1996 et de 5% en 1991. Cependant, l'augmentation observée entre 1996 et 2002 se concentre exclusivement chez les 16 à 18 ans, alors que la proportion de « moyens » et « gros » polyconsommateurs dans cette catégorie d'âge est passée de 10% en 1996 à 16% en 2002.

Les jeux de hasard et d'argent

Les résultats de l'enquête 2002 montrent aussi que 44% des jeunes ont participé à une activité de jeu de hasard au cours des douze mois précédant l'enquête. Nous pouvons estimer que les joueurs récréatifs représentent 35% de la population totale; la proportion de ceux qui se classent dans la catégorie des **joueurs pathologiques** serait de 2,4% et celle des **joueurs à risque** de 2,8%. Le jeu pathologique est un phénomène plus fréquemment observé chez les garçons (3,7%) que chez les filles (1%).

Violence entre les jeunes à l'école

Les résultats de l'enquête de 2002 font également ressortir que la violence verbale et physique entre les jeunes, lorsqu'ils sont à l'école, sont des phénomènes assez courants puisque trois jeunes sur cinq (61%) affirment avoir déjà été injuriés, un jeune sur quatre (28%) rapporte s'être déjà fait menacer ou intimider et une même proportion (26%) dit avoir déjà été frappé. Un jeune sur dix affirme également avoir déjà porté une arme sur lui. Mis à part les attouchements sexuels non voulus qui sont plus fréquemment rapportés par les filles, la prévalence des gestes violents, subis et perpétrés, est plus élevée chez les garçons. Ces résultats sont semblables à ceux observés en 1996.

Détresse psychologique et suicide

Si les garçons se rangent au premier rang quant aux activités délinquantes, aux activités de jeu de hasard et à la violence entre jeunes, les filles sont plus nombreuses que les garçons à faire mention d'un **niveau élevé de détresse psychologique**. Alors que 12% des garçons appartiennent à cette catégorie, ce pourcentage est de 22% chez les filles. Il faut toutefois souligner une diminution notable de la proportion de filles qui présentent un niveau élevé de détresse depuis la dernière enquête : de 29% en 1996, cette proportion est passée à 22% en 2002. Il s'agit de la plus faible proportion observée chez les filles depuis 1991.

Selon les résultats de 2002, on peut estimer à 15% la proportion d'élèves ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et cette proportion est deux fois plus élevée chez les filles (20%) que chez les garçons (10%). Parmi ces jeunes, la moitié d'entre eux avaient prévu une façon et un moment pour s'enlever la vie. Si l'on tient compte de ce critère pour définir les **idées suicidaires sérieuses**, on constate que 11% des filles et 4% des garçons ont entretenu des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois. La prévalence de jeunes ayant **tenté de se suicider** en 2002 est de 5%, ce qui représente une baisse importante depuis 1996 alors qu'elle était de 10%.

2.5 QUELQUES FAITS SAILLANTS

a) État de santé de la population générale

Il est reconnu que les facteurs socio-économiques constituent des déterminants importants de la santé d'une population. Or, malgré une situation socio-économique plutôt favorable, la région de l'Outaouais se distingue de l'ensemble du Québec sur le plan socio-sanitaire, avec :

- La plus faible espérance de vie en bonne santé
- Des taux de mortalité générale supérieurs à la moyenne depuis 30 ans
- Un taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires de 9% supérieur à la moyenne
- Une proportion de 15% de la population se disant insatisfaite de sa vie sociale (2è rang au Québec)
- Une proportion significativement plus élevée (près de 40%) de personnes de 15 ans et plus qui fument
- Une proportion nettement plus élevée de personnes souffrant d'un excès de poids (38% vs 28% au Québec)
- Des résidants relativement plus nombreux à déclarer avoir de mauvaises habitudes alimentaires; et
- Des enfants de moins de 10 ans qui utilisent moins les services dentaires gratuits

Par contre, on peut noter aussi que l'Outaouais se classe favorablement :

- quant aux condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies et
- quant au port du casque protecteur par les cyclistes.

b) Styles de vie des jeunes en Outaouais, 1991-1996-2002

Voici les principaux changements observés chez les jeunes de 12 à 18 ans au cours de la dernière décennie (1991-2002) :

Évolutions positives

- une amélioration de leurs compétences sociales, entre 1996 et 2002;
- une diminution des situations de violence à l'intérieur de la famille;
- une diminution entre 1996 et 2002 du pourcentage de jeunes qui font usage de la cigarette;
- une consommation marginale et constante depuis 1991 du pourcentage de jeunes qui consomment de la cocaïne, alors qu'on observe une hausse chez les élèves ontariens au cours des années 90;
- une diminution entre 1996 et 2002 de la prévalence de détresse psychologique; et
- une réduction de moitié entre 1996 et 2002 du pourcentage de jeunes qui ont déjà tenté de se suicider;

Évolutions négatives

- une augmentation, entre 1996 et 2002, du pourcentage de jeunes qui ont un travail rémunéré de 11 heures et plus par semaine;
- une augmentation constante depuis 1991 du pourcentage de jeunes qui consomment du cannabis et des médicaments non-prescrits; et
- une augmentation du pourcentage de garçons qui ont commis des agressions physiques sur une période de 12 mois, entre 1996 et 2002;

Situations à surveiller

Les résultats de 2002 indiquent que :

- la supervision parentale est relativement faible pour une proportion élevée de jeunes ;
- plusieurs jeunes sont en situation d'échec scolaire ou à risque de l'être;
- un pourcentage relativement élevé de jeunes visitent des sites à caractère sexuel ou ont des conversations à caractère sexuel lorsqu'ils utilisent Internet; et
- un fort pourcentage de jeunes s'adonnent aux jeux de hasard; 5 % des jeunes pourraient être considérés comme des joueurs pathologiques ou à risque de le devenir.

3. Développement, adaptation et intégration sociale

3.1 *PETITE ENFANCE*

Objectifs

La proportion des naissances vivantes de faible poids en Outaouais est similaire à celle du Québec (6,1 % vs 6,0 % en 1994-97) [2].

Le taux de naissances prématurées augmente depuis le milieu des années 80, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec [2].

En 1996-97, la prévalence du tabagisme durant la grossesse, qui est un des facteurs de risque connus de la prématurité, est de 25,8 % au Québec comparativement à 21,3 % pour le Canada [23].

La prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse est beaucoup plus élevée au Québec (24,9 %) que dans l'ensemble du Canada (16,6 %) [23].

Il est estimé que 70 % des cas de maladies du tube neural pourraient être prévenus par la prise de 400µg d'acide folique durant la période péri-conceptionnelle. Une enquête réalisée auprès de 1240

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire le taux de **prématurité**;
- réduire le taux d'**insuffisance de poids** à la naissance (poids inférieur à 2 500 g);
- réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des **anomalies congénitales** graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- réduire la morbidité liée à la **phénylcétonurie** ou à **l'hypothyroïdie congénitale**;
- réduire les **infections respiratoires**, les **infections gastro-intestinales** et l'**anémie ferriprive** chez les nourrissons;
- augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un **développement normal** (moteur, langagier, cognitif et social);
- réduire les problèmes d'**abus** physique et psychologique, d'agression sexuelle et de **négligence** à l'endroit des enfants et des adolescents;
- réduire les **troubles de conduites**, incluant la **violence** envers les autres et la **délinquance**, chez les enfants et les adolescents; et
- augmenter la proportion de personnes de tous âges en **bonne santé mentale**.

D'ici 2007, au niveau régional :

- Réduire la proportion de femmes qui **fument** pendant la grossesse;
- Réduire la proportion de femmes qui consomment de l'**alcool** pendant la grossesse;
- Augmenter la proportion de femme qui prennent de l'**acide folique** avant et pendant la grossesse;
- Augmenter la pratique de l'**allaitement maternel** ;
- Augmenter l'accès aux **services de périnatalité**;
- Renforcer les **compétences des mères et des pères** et les aider à mieux assumer leur rôle parental, particulièrement chez les familles vulnérables;
- Favoriser le développement des **compétences personnelles et sociales** chez les enfants d'âge préscolaire, particulièrement pour les enfants issus de milieux défavorisés; et
- Soutenir le développement d'**environnements favorables** à la vie familiale.

femmes enceintes dans 10 hôpitaux québécois en 1999-2000 démontrait que seulement 25 % des fœtus avaient été exposés aux doses requises d'acide folique [18].

Près des trois quarts (72 %) des nourrissons québécois ont été allaités à la naissance. Cette proportion n'est plus que de 29% à l'âge de 6 mois (Source: ÉLDEQ 1998-2002, 2002, p. 25). Ainsi, très peu d'enfants sont allaités selon les recommandations du MSSS qui indique, entre autres, que 50 % des enfants devraient toujours être allaités au bout de 6 mois [15].

En Outaouais, 17 % de la population vit sous le ***seuil de faible revenu*** *et 28 % des familles avec enfants de moins de 15 ans sont* ***monoparentales*** [7].

En ce qui concerne les problèmes ***d'abus physique et sexuel, d'abandon et de négligence*** *à l'endroit des enfants ainsi que les* ***troubles de comportements****, on note une augmentation de 5 % des nouveaux cas pris en charge par les Centres Jeunesse en Outaouais, passant de 410 à 430 de 2001-02 à 2003* [2].

Dans le district du CLSC de Hull, près de quatre familles sur dix avec des enfants sont monoparentales [7].

Interventions menées ou actuelles

- Développement d'outils pour promouvoir les **pratiques cliniques préventives** de première ligne en périnatalité (☞ Chapitre 10).
- Coordination de l'implantation du **plan de services intégrés en périnatalité dans le cadre du congé précoce (" Plan de services intégrés en périnatalité ").**
- Élaboration d'un plan d'action régional pour favoriser **l'allaitement maternel.**
- Harmonisation du contenu des **rencontres prénatales** dans tous les CLSC.
- Consolidation du programme **Naître égaux/Grandir en santé** (NÉGS).
- Généralisation en cours du **Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)** dans la région.
- Gestion du Programme canadien de nutrition prénatale (**PCNP**), du Programme d'action communautaire pour l'enfant **(PACE)** et du Programme *Y'a personne de parfait* **(YAPP).**
- Collaboration régionale au développement du réseau des Centres de petite enfance (CPE).
- Promotion de **l'engagement paternel** par, entre autres, l'organisation de séances de formation "Pères en mouvement, pratiques en changement" dans les territoires de CLSC et le soutien au Comité régional de promotion de l'engagement paternel.

Défis et enjeux

- **Plan de services intégrés en périnatalité :** Le défi actuel est de maintenir la mobilisation et la cohésion autour de la mise en œuvre de ce plan. Le manque d'effectifs médicaux présente aussi un défi majeur pour l'accessibilité aux services de suivi des grossesses.

- **Allaitement maternel :** L'*Initiative Amis des bébés* demande des changements importants de pratiques professionnelles et de culture organisationnelle auprès des intervenants et des établissements.

- **NÉGS :** Le défi est de restreindre le programme à la clientèle réellement ciblée et de l'appliquer avec toutes ses composantes et avec l'intensité requise.

- **PSJP :** La clientèle visée est particulièrement difficile à rejoindre. Des efforts additionnels devront être mis dans le processus de recrutement et dans l'application de toutes les composantes du programme.

- **Programmes de stimulation précoce et compétences parentales et personnelles de l'enfant :** Il existe dans la région une multitude d'activités organisées non seulement dans le secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs. Le défi consiste à clarifier leur contenu, leur fonctionnement et leurs arrimages afin d'éviter des dédoublements et maximiser l'efficacité des actions.

- **Défis généraux en périnatalité :** Il faut favoriser les liens entre les CLSC et les organismes communautaires (ex : dans les dossiers PACE, PSJP, place en CPE, etc), coordonner les actions, éviter le dédoublement de services, monitorer et évaluer les mesures mises en place.

Actions

1. Planifier et coordonner l'implantation du plan de **services en périnatalité.**

2. Mettre en place le **réseau "Amis des bébés".**

3. Implanter les programmes **NÉGS et PSJP** avec toutes leurs composantes (☞ Section 5.2, Action 1).

4. Mettre en place ou soutenir des **environnements favorables** à la vie familiale et au développement des compétences parentales et des compétences personnelles et sociales de l'enfant. (☞ Section 9.3, Action 1).

5. Suivre l'évolution des connaissances des **problématiques émergentes** touchant les familles (ex : les familles recomposées, les couples homosexuels, les familles des groupes ethniques, etc).

6. Promouvoir et soutenir les **pratiques cliniques préventives** en période périnatale (☞ Chapitre 10).

Résultats attendus

1.1 Dans tous les CLSC de la région, mise en place des services de rencontres prénatales, d'appel téléphonique et de visite à domicile en période postnatale;
1.2 Établissement d'un plan pour les autres composantes du plan de services en périnatalité, le congé précoce et coordination de l'implantation;
2.1 Dépôt et mise en œuvre d'un plan d'action régional en allaitement maternel;
2.2 Trois CLSC et un CH de la région auront amorcé l'implantation de l'IAB;
2.3 Réalisation d'une enquête sur les taux d'allaitement maternel à la naissance, 2,4,6 et 12 mois;
3.1 Tous les CLSC suivront 50% de la clientèle visée par NÉGS et 80% de la clientèle visée par le PSJP et ce, dans toutes leurs composantes;
3.2 Élaboration d'un système de monitoring des processus de recrutement dans les programmes NÉGS et PSJP (suivi des références);
3.3 Tous les intervenants PSJP et NÉGS seront formés sur des thèmes pertinents, ex. : intervention auprès des jeunes toxicomanes, travail intersectoriel, etc.;
3.4 En lien avec les activités de développement des communautés prévues dans les programmes PSJP et NÉGS, formation et coordination d'un comité intersectoriel régional pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'action global afin de répondre aux besoins particuliers des familles vivant en contexte de vulnérabilité;
3.5 50% des enfants de milieux défavorisés seront rejoints par les programmes de stimulation précoce; et
3.6 Réalisation d'un portrait régional des programmes de prévention de la violence, de développement de compétences parentales, de développement de compétences personnelles et sociales chez l'enfant et de la stimulation précoce (incluant les activités d'éveil à la lecture et à l'écriture).

3.2 *JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE*

Objectifs

Les filles sont plus nombreuses que les garçons à faire mention d'un niveau élevé de détresse psychologique. Alors que 12% des garçons appartiennent à cette catégorie, ce pourcentage est de 22% chez les fille [3].

Il y a eu une diminution notable de la proportion de filles qui présentent un niveau élevé de détresse. De 29% en 1996, cette proportion est passée à 22% en 2002. Il s'agit de la plus faible proportion observée chez les filles depuis 1991 [3].

Plusieurs jeunes sont en situation d'échec scolaire ou à risque de l'être; plus du quart a déjà redoublé et plusieurs sont à risque de décrocher; les garçons ont moins d'aspirations et de moins bonnes performances scolaires que les filles; ils consacrent moins de temps aux travaux scolaires et sont plus à risque de décrocher [3].

Selon les résultats de 2002, on peut estimer à 15% la proportion d'élèves ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et cette proportion est deux fois plus élevée chez les filles (20%) que chez les garçons (10% [3].

D'ici 2012, au niveau national :

- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne **santé mentale**;
- réduire à moins de 15 pour 1000 le taux de **grossesse chez les adolescentes**;
- réduire les **troubles des conduites**, incluant la **violence** envers les autres et la **délinquance**, chez les enfants et les adolescents;
- réduire les problèmes d'**abus** physique et psychologique, d'agression sexuelle et de **négligence** à l'endroit des enfants et des adolescents;
- réduire les problèmes liés à la consommation de **drogues** et d'**alcool**; et
- réduire le nombre de tentatives de **suicide** et le nombre de suicides.

D'ici 2007, au niveau régional :

- élaborer avec les partenaires du réseau de l'éducation, les CLSC et les autres partenaires communautaires, une **intervention globale et concertée** pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale.

Interventions menées ou actuelles

- Interventions de promotion/prévention en milieu scolaire pour renforcer les **compétences personnelles et sociales** des jeunes (comportements pacifiques, médiation, résistance à la pression des pairs, etc.) et le concept de soi (estime de soi, affirmation de soi, etc.).
- Implantation de projets **" Écoles-milieux en santé "** dans 9 écoles primaires.
- Organisation régionale de certains volets de la campagne **" Parler, c'est grandir! "** abordant les thèmes de la détresse psychologique, du MTS-Sida, de l'agression sexuelle, du tabagisme, des toxicomanies et des dépendances.
- Offre de services **d'interruption volontaire de grossesse** (IVG) accessible à toutes les femmes de la région dans une clinique régionale.
- Offre de services de **consultation en matière de sexualité** dans sept cliniques jeunesse sur huit.
- Identification, par un comité intersectoriel régional, de stratégies et de mesures prioritaires pour réduire la **violence et l'agression sexuelle** (dont la promotion des rapports égalitaires entre les sexes, le respect de l'intégrité, l'exercice d'une citoyenneté responsable, un meilleur soutien des intervenants, des habiletés parentales, etc.).
- Mise en œuvre du programme **PRISME**, offert par trois organismes communautaires en partenariat avec les CLSC et les écoles, visant la prévention de la **toxicomanie** par une approche de "gestion expérientielle ".

*Pour la première fois, en 2002, l'usage du **cannabis** est plus fréquent que celui de la cigarette. En 2002, c'est 30% des élèves qui disent consommer du cannabis contre 25% qui fument la cigarette. (Enquête Styles de vie)* [4].

*La proportion de « **moyens** » et « **gros** » **polyconsommateurs** a augmenté depuis 1991. En 2002, cette proportion est de 10% alors qu'elle était de 8% en 1996 et de 5% en 1991* [4].

Défis et enjeux

- **Intégration des activités de promotion, de prévention et de protection:** La santé et le bien-être des jeunes sont déjà l'objet de nombreuses activités communautaires et scolaires. Ces activités doivent être ancrées dans la réalité du jeune. Actuellement, elles manquent de concertation et de coordination pour qu'un effet synergique vienne renforcer les messages et les pratiques de santé qui sont destinés aux jeunes. C'est ce que visera l'*intervention globale et concertée* (IGC): reconnaître les activités qui existent déjà, les renforcer, les améliorer et en développer d'autres s'il y a besoin. L'ensemble des actions identifiées dans cette section-ci sera l'objet de discussion lors de l'élaboration de l'IGC avec le réseau de l'éducation.

Actions

1. Élaborer, avec le réseau de l'éducation, les CLSC et les partenaires communautaires, une **intervention globale et concertée (IGC)** afin de :
   - développer les compétences personnelles et sociales, le bien-être et la réussite éducative des jeunes;
   - promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire;
   - promouvoir des saines habitudes de vie et des comportements sécuritaires;
   - prévenir des problématiques psycho-sociales; et
   - intégrer les services préventifs.

2. Poursuivre les **activités éducatives actuelles en milieu scolaire** sur les thèmes de promotion/prévention jusqu'au dépôt de l'IGC.

3. Généraliser les services cliniques (y compris les services médicaux) concernant la **consultation en matière de sexualité** et la contraception orale d'urgence ainsi que maintenir des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à l'ensemble de la région.

4. Organiser les volets régionaux et territoriaux des **campagnes de communication** sociétales, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels que la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale.

5. Promouvoir l'application de lois et de règlements visant à restreindre **l'accessibilité à l'alcool** pour les jeunes de moins de 18 ans.

6. Participer aux mécanismes de **concertation** et comités intersectoriels Enfance-Famille-Jeunesse.

Résultats attendus

1.1 Inscription de l'IGC au sein des ententes régionales MEQ-MSSS et des mécanismes de concertation régional et locaux MEQ-MSSS.
1.2 Élaboration d'une première programmation régionale de l'IGC comme base de travail.
1.3 Sur tous les territoires de CLSC et en concertation avec les commissions scolaires et les autres partenaires, animation et coordination des travaux locaux

pour la mise en œuvre de l'entente MEQ-MSSS, dont l'élaboration d'un plan d'action local conjoint.

2.1 Sur tous les territoires de CLSC, poursuite des activités éducatives en milieu scolaire sur des thèmes de promotion/prévention jusqu'au dépôt de l'IGC.

3.1 Sur tous les territoires de CLSC, offre de services cliniques (y compris les services médicaux) de consultation en matière de sexualité destinés aux jeunes.

4.1 Sur tous les territoires de CLSC, organisation des volets territoriaux des campagnes de communication sociétale sur la prévention de la violence, des agressions sexuelles et des problèmes de santé mentale : " Parler, c'est grandir! ".

4.2 Réalisation annuelles de certaines activités théâtrales de la campagne dans au moins 5 écoles secondaires de la région.

5.1 Sur tous les territoires de CLSC, diffusion des outils de publicité visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.

3.3 *ADULTES*

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne **santé mentale**;
- réduire les problèmes liés à la **consommation de drogues et d'alcool**; et
- réduire le nombre de **tentatives de suicide** et le nombre de **suicides**.

Interventions menées ou actuelles

- Organisation d'activités de **promotion de la santé mentale** en milieu de travail (☞ Section 8.2).

Défis et enjeux

- **Santé mentale :** La souffrance associée aux problèmes de santé mentale constitue un fardeau important, même s'il est difficile de la quantifier à l'aide de données socio-sanitaires usuelles. De plus, il existe peu d'interventions reconnues efficaces pour prévenir les problèmes de santé mentale.

- **Promotion de la santé :** Il existe très peu d'interventions reconnues efficaces pour le développement des compétences personnelles et sociales des adultes. Puisque celles-ci se développent plutôt en bas âge, la promotion de la santé et du bien-être des adultes prennent forment d'activités destinées aux tout-petits et aux jeunes d'âge scolaire. Donc, les activités de promotion de la santé visant spécifiquement les adultes se réalisent surtout par le biais des pratiques cliniques préventives.

- **Problèmes reliés à l'alcool :** Au regard du counselling en matière de consommation d'alcool, aucun programme de type Alcochoix n'a été développé à ce jour dans les CLSC.

Actions

1. Auprès des médecins, promouvoir et soutenir la recherche de cas et du counselling sur la **consommation d'alcool** (☞ Chapitre 10).

2. Élaborer un plan d'organisation de services visant la consommation modérée chez les **buveurs à risque**, par exemple Alcochoix.

3. En collaboration avec la Direction de santé mentale et sociale, faire le relais des **campagnes de communication** sociétales à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles.

Résultats attendus

2.1 Élaboration d'un plan d'organisation de services pour les buveurs à risque (de type Alcochoix).

3.4 *PERSONNES ÂGÉES*

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne **santé mentale**;
- réduire les problèmes d'**abus** et de **négligence** à l'endroit des personnes âgées;
- réduire de 10 % la consommation de **médicaments psychotropes** chez les personnes âgées; et
- retarder la **perte d'autonomie** chez les personnes âgées.

Interventions menées ou actuelles

- Dans le cadre de l'élaboration d'une Politique familiale, collaboration avec la *Commission Gatineau, Ville en santé* à la réalisation d'une **étude de besoins** auprès des personnes de 50 ans et plus.
- Dans le cadre du programme Viactive et des clubs de marche, promotion de l'**activité physique** auprès de 50 regroupements d'aînés de l'Outaouais dans les clubs d'âge d'or, centres de jour et centre d'accueil.
- Soutien à la mise en œuvre du volet " promotion/prévention " des **réseaux intégrés de services** aux personnes âgées.

Défis et enjeux

- **Synergie d'action :** L'activité physique constitue un facteur de protection commun pour divers problèmes de santé rencontrés chez les personnes âgées, ex : les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose, les chutes à domicile, etc. Il s'agit aussi d'un facteur de protection en regard de leur intégration sociale. La promotion de l'activité physique aurait donc un effet synergique dans la promotion de la santé et la prévention des maladies chez cette clientèle.

- **Abus et négligence :** Il n'existe aucun programme reconnu efficace en matière de prévention de l'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées. Par contre, plusieurs interventions sont prometteuses en raison de leur appui sur des connaissances théoriques.

Actions

1. Dans le cadre de l'élaboration d'une Politique familiale, poursuivre la collaboration avec la commission *Gatineau, Ville en santé* pour **l'étude de besoins** des personnes de 50 ans et plus. (☞ Section 9.3, Action 1).

2. Promouvoir **l'activité physique** et le maintien de **l'autonomie** par des interventions de type Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.).

3. Intensifier le déploiement et consolider le programme **" Viactive "** et les **clubs de marche**.

4. Élaborer un plan d'action de prévention des **abus** et de la **négligence**, incluant notamment un portrait des pratiques actuelles en lien avec cette

problématique, des activités de sensibilisation et de formation, des outils d'intervention, etc.

5. Promouvoir les **pratiques cliniques préventives**, notamment en ce qui a trait à la consommation de médicaments psychotropes (☞ Chapitre 10).

Résultats attendus

1.1 Identification des besoins des personnes de 50 ans et plus de la Ville de Gatineau et identification des pistes d'intervention en faveur de la qualité de vie de ces personnes.
2.1 Adaptation régionale d'un programme efficace en matière de prévention des chutes et du maintien de l'autonomie, tel qu'un programme de type P.I.E.D.
3.1 Augmentation de dix groupes Viactive par année.
3.2 Augmentation du nombre de participants aux clubs de marche.
4.1 Élaboration d'un plan d'action régional en matière de prévention des abus et de la négligence envers les aînés, basé sur des interventions prometteuses.
5.1 Dans les services de maintien à domicile des CLSC et les centres de jour, augmentation des pratiques cliniques préventives visant les personnes âgées, notamment en lien avec la consommation de médicaments psychotropes.

3.5 *POPULATION GÉNÉRALE*

Objectifs

- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne **santé mentale**;
- réduire les problèmes liés à la **consommation de drogues et d'alcool**; et
- réduire le nombre de **tentatives de suicide** et le nombre de **suicides**.

Interventions menées ou actuelles

Un fort pourcentage (44%) de jeunes s'adonnent aux jeux de hasard. On estime que 5% des jeunes pourraient être considérés comme des joueurs pathologiques ou à risque de le devenir [3].

- Réalisation d'un état de situation sur les **jeux de hasard** et d'argent en Outaouais;
- Organisation de séances de formation ponctuelles sur le **suicide** destinées aux médecin dans le cadre de l'éducation médicale continue; et
- Mise sur pied, dans le territoire du Pontiac, d'un projet pilote sur les réseaux de sentinelles pour la prévention du **suicide**.

Défis et enjeux

- **Jeu pathologique :** La présence d'un casino, d'un hippodrome et d'un salon de jeu dans notre région et l'offre omniprésente de jeux dans notre société nous interpellent. Cette réalité devra faire l'objet de travaux dans un contexte où les connaissances sont limitées.

*La prévalence de jeunes ayant **tenté de se suicider** en 2002 est de 5%, ce qui représente une baisse importante depuis 1996 alors qu'elle était de 10%* [3].

- **Suicide :** Il faut définir la contribution de la santé publique à l'intervention globale en matière de prévention du suicide.

Actions

1. Sensibiliser le grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des **troubles anxieux et dépressifs** et diffuser les informations sur les activités et les services qui sont offerts.

2. Sensibiliser les organismes publics ou privés aux effets négatifs sur la santé associés aux mesures qui augmentent l'accessibilité économique, légale et physique à l'**alcool**.

3. En collaboration avec les autres Directions de la Régie et les autres directions régionales de santé publique, élaborer le volet préventif d'un plan d'action en lien avec le **jeu**.

4. En collaboration avec la Direction de la santé mentale et sociale, de RéAction-Vie et du groupe d'action territorial, soutenir l'intervention globale au regard de la **prévention du suicide** auprès de la population générale.

Résultats attendus

1.1 Relais des campagnes de communication nationales sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.
1.2 Intégration du thème de l'anxiété et de la dépression dans les séances de formation destinées aux médecins. (☞ Chapitre 10, Résultat 2.3)
2.1 Relais des campagnes de communication nationales sur les effets négatifs des mesures qui augmentent l'accessibilité économique, légale et physique à l'alcool.
3.1 En collaboration avec les autres Directions de la Régie et les autres directions régionales de santé publique, élaboration du volet préventif d'un plan d'action sur le jeu.
4.1 En collaboration avec la Direction de santé mentale et sociale, définition de la contribution de santé publique dans la problématique du suicide.
4.2 Relais des campagnes de communication nationales sur la banalisation du suicide.

4. Habitudes de vie et maladies chroniques

4.1 *POPULATION GÉNÉRALE*

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

Les taux de mortalité ajustés pour l'âge par maladies de l'appareil circulatoire sont décroissants depuis 25 ans. Ces maladies demeurent toutefois la première cause de mortalité et d'hospitalisation [2].

Pour les maladies chroniques,

- diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et la morbidité par **maladies cardiovasculaires** (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- réduire la mortalité par **cancer du sein** de 25% chez les femmes de 50 à 69 ans;
- réduire de 30% les taux de mortalité et la morbidité reliés à la **maladie pulmonaire obstructive chronique**;
- réduire de 40% les taux de mortalité et la morbidité reliés à l'**asthme**;
- réduire de 30 % l'incidence de **diabète** (40% chez les populations autochtones);
- réduire le taux de prévalence de **l'excès de poids** de 28% à 22% et celle de **l'obésité** de 13% à 10% chez les adultes, en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- réduire la prévalence de l'**ostéoporose** chez les personnes de 65 ans et plus;
- réduire de 40% le nombre moyen de **faces dentaires cariées**, **absentes** ou **obturées** de chez les moins de 18 ans; et
- réduire la prévalence des **maladies parodontales** (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans et plus.

Près de quatre personnes sur dix de 15 ans et plus continuent à fumer dans la région, une proportion significativement plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec [2].

Pour les habitudes de vie,

- réduire l'usage du **tabac** chez les jeunes du secondaire;
- réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du **tabac** de 24% à 18%;
- réduire **l'exposition à la fumée de tabac** dans l'environnement;
- augmenter à 80% la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de **fruits et de légumes** par jour;
- augmenter la pratique régulière de **l'activité physique** chez les jeunes de moins de 15 ans;
- augmenter de 5% la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé **d'activité physique**; et
- améliorer les habitudes de vie relatives à **l'hygiène buccodentaire** dans tous les groupes d'âges.

En Outaouais, 48 % d'individus sont sédentaires (3 activités ou moins/mois), 24 % sont moyennement actifs (1 à 2 activités/semaine) et 28 % sont actifs (3 activités et plus/semaine) [2].

D'ici 2007, au niveau régional :

- diminuer de 9% les taux de mortalité et la morbidité par **maladies cardiovasculaires** (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- réduire le taux de prévalence de **l'excès de poids** de 38% à 35% et celle de l'obésité de 19% à 18% chez les adultes, en plus de prévenir l'excès de poids tant chez les enfants que chez les adolescents;
- réduire l'usage du **tabac** chez les jeunes du secondaire;
- réduire **l'exposition à la fumée de tabac** dans l'environnement;
- augmenter la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de **fruits et de légumes** par jour; et
- augmenter la pratique régulière de **l'activité physique** chez les jeunes de moins de 15 ans.

Interventions menées ou actuelles

- **Non tabagisme :** Mise en œuvre des volets prévention, cessation et protection du Plan québécois de lutte au tabagisme (PQLT) et des principales composantes du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) dans 7 CLSC sur 8; soutien régional des campagnes " Semaine québécoise pour un avenir sans fumée " et du défi " J'arrête, j'y gagne! "; et en collaboration avec la Commission " Gatineau, ville en santé ", promotion d'environnements sans fumée par l'appui à l'adoption d'un règlement municipal interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics.

La proportion de la population de 15 ans et plus percevant avoir de moyennes ou de mauvaises habitudes alimentaires est plus élevée en Outaouais (18,8 %) qu'au Québec (15,3 %) [2].

- **Saine alimentation :** Au niveau local, promotion du Mois de la nutrition et diffusion de matériel éducatif.

- **Activité physique :** Relais et collaboration aux campagnes " Plaisir sur glace (Défi en patin) ", " Jour V – Défi transport " et " Semaine de la marche "; promotion de moyens actifs de transport par 1) des représentations effectuées au niveau de l'aménagement urbain avec les municipalités, notamment Gatineau et 2) la participation au parachèvement de la Route verte en Outaouais.

- **Santé buccodentaire :** Collaboration à des activités de promotion lors du mois de la santé buccodentaire.

Défis et enjeux

- **Non tabagisme :** À cause de son caractère d'exemplarité, il faut maintenir la mobilisation de la ville de Gatineau et des autres partenaires dans le dossier des environnements sans fumée, qui est un défi sociétal important. Il faut aussi intégrer le volet de protection de la fumée secondaire de tabac aux interventions de cessation tabagique prévues par le PQAT. En outre, l'accès et la disponibilité des services de cessation tabagique doivent être augmentés.

- **Saine alimentation :** La prévalence de l'excès de poids en Outaouais a augmenté de façon très marquée entre 1987 et 1998. L'Outaouais est la région avec le plus haut pourcentage d'obésité et d'excès de poids au Québec. Cela présente donc un grand défi, surtout dans un contexte où les orientations provinciales sont à préciser et les stratégies d'action régionales, à développer.

- **La sécurité alimentaire :** La sécurité alimentaire est une condition *sine qua non* de la saine alimentation et de la santé globale. Or, elle constitue un grand défi pour les personnes et collectivités vivant une situation de pauvreté. Comme d'autres problèmes d'inégalités de santé et de bien-être, la sécurité alimentaire nécessite, entre autres, une stratégie de développement des communautés (☞ section 9.4).

- **Activité physique** : Presque la moitié de la population régionale ne pratique pas suffisamment d'activité physique pour en retirer des bienfaits. Au niveau local, les activités de promotion de l'activité physique sont à développer.

- **Santé buccodentaire :** Le programme public de services dentaires préventifs est en cours de révision. On devra prendre en considération qu'il existe seulement deux mesures reconnues efficaces pour réduire la carie dentaire, à savoir : l'application d'agents de scellement dentaire et la fluoruration de l'eau potable. Dans le premier cas, il s'agit d'un service public à développer dans la région, pour laquelle aucune ressource n'est prévue jusqu'à maintenant. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un sujet polémique qui nécessitera la création d'un réseau intersectoriel d'alliés et ce, dans un contexte de mobilisation provinciale. Par ailleurs, la promotion de la santé buccodentaire est, en soi, un défi.

- **Intégration des interventions :** Les interventions décrites ci-dessus pourraient être arrimées pour créer des synergies d'action. De plus, l'arrimage des actions par clientèle et par milieux de vie pourrait optimiser l'utilisation des ressources, ce qui est fort souhaitable dans un contexte de contraintes budgétaires. Il est proposé que l'ensemble des interventions destinés aux adultes soient intégrées par un programme de type " **0-5-30** ", visant la promotion de " 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour" (☞ Section 4.4). L'arrimage de ce programme avec **l'intervention globale et concertée** (☞ Section 3.2), destinés aux jeunes d'âge scolaire, créerait un effet multiplicateur surtout pour le milieu scolaire.

Actions

1. Favoriser, pour la majorité de la population de l'Outaouais, l'accès à des **lieux publics sans fumée.**

2. Dans le cadre d'un **programme de type " 0-5-30 "**, promouvoir de façon intégrée des environnements de travail et communautaires qui favorisent à la fois le non tabagisme, la saine alimentation et l'activité physique.

3. Organisation des volets régionaux des **campagnes nationales** portant sur chaque habitude de vie.

4. Poursuivre la mise en œuvre et contribuer régionalement à l'évaluation provinciale du Plan québécois de l'abandon du tabac **(PQAT).**

5. Promouvoir les **pratiques cliniques préventives** pour favoriser la saine alimentation, le non tabagisme, la pratique de l'activité physique ainsi que l'utilisation optimale des fluorures (☞ Chapitre 10).

6. Augmenter la disponibilité et l'accessibilité régionales des **aliments sains et nutritifs** dans les milieux défavorisés (☞ Section 9.4).

7. En lien avec les orientations ministérielles, promouvoir des mesures optimales de **fluoruration**.

Résultats attendus

1.1 Promotion du dossier des environnements sans fumée auprès des municipalités.
2.1 Appui au développement de la **Route verte** en Outaouais.
2.2 Promotion des environnements favorables aux saines habitudes de vie auprès de 5 MRC.
3.1 En collaboration avec l'URLSO, participation à l'organisation régionale et arrimage des campagnes **" Plaisir sur glace "** et **" Défi en patin de l'Outaouais "** auprès de 30 municipalités.
3.2 Participation à l'organisation de la campagne régionale de transport actif, **" Jour V "** auprès de 100 milieux de travail.
3.3 Participation à l'organisation de la campagne **" Semaine de la marche "** en lien avec la campagne nationale sur la marche de Kino-Québec auprès de 30 municipalités et 35 entreprises.
3.4 Promotion et soutien de la campagne du Mois de la nutrition.
4.1 Organisation régionale et territoriale de certains volets des campagnes nationales (e.g. : Semaine québécoise sans tabac et le défi " J'arrête! J'y gagne! ").
4.2 Sur les territoires de CLSC, mise en place et consolidation des services de cessation du tabagisme.
4.3 Participation des intervenants des CLSC à promouvoir la cessation tabagique.
4.4 Dans tous les territoires de CLSC, mise en œuvre et contribution à l'évaluation du PQAT.
6.1 (Voir Section 9.4).
7.1 En lien avec les orientations ministérielles, promotion de la **fluoruration** de l'eau potable auprès de 15% des municipalités qui détiennent un aqueduc.

4.2 PETITE ENFANCE

Interventions menées ou actuelles

- Voir interventions sur **l'allaitement maternel** (☞ Section 3.1).

Actions

1. Prévenir la carie de la petite enfance par la promotion, auprès des professionnels de la santé, de **l'usage optimal des fluorures**.

Résultats attendus

1.1 Promotion de l'usage optimal des fluorures auprès de 25% des professionnels de la santé offrant des services de counselling clinique destinés aux tout-petits.

4.3 *JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE*

Objectif

D'ici 2007, au niveau régional :

- Promouvoir les **saines habitudes de vie** et **environnements favorables** au non tabagisme, à la saine alimentation, à l'activité physique et à l'hygiène buccodentaire dans les milieux scolaires, familiaux et communautaires.

Interventions menées ou actuelles

La consommation de la cigarette chez les jeunes de 12 à 18 ans a connu une baisse entre 1996 et 2002 : la proportion de fumeurs actuels est passée de 33% à 25% alors que celle des fumeurs réguliers a chuté de 23% à 17%. [4].

- **Non tabagisme :** 1) Mise en œuvre du volet *prévention* du Plan québécois de lutte au tabagisme (PQLT) : activités scolaires visant à développer les compétences personnelles et sociales des jeunes(ex. : " Sam Chicotte ", " Méchant problème ", etc.); poursuite de la tournée théâtrale " In Vivo "; et formation des intervenants des CLSC et des intervenants scolaires au sujet de la dénormalisation du tabagisme et de la cessation tabagique; 2) soutien aux diverses campagnes nationales et organisation de campagnes régionales (" Parler, c'est grandir! ", la " Gang allumée " , " Semaine pour un avenir sans fumée ", etc.); 3) mise en œuvre du volet *protection* du PQLT : promotion d'environnements sans fumée auprès de la ville de Gatineau et de certains milieux scolaires.

Par contre, il semble y avoir un excès de tabagisme chez les élèves du secondaire dans l'Outaouais lorsque nous comparons nos résultats à ceux de l'Ontario et ceux du Québec en général. [4].

- **Saine alimentation :** Diffusion de matériel éducatif variant d'un CLSC à l'autre lors d'activités ponctuelles dont le mois de la nutrition.

- **Santé buccodentaire :** Mise en œuvre du programme public de services dentaires préventifs (PPSDP) par tous les CLSC, avec une intensité variable (Section 4.3); activités de promotion/prévention auprès d'autres groupes non ciblés par les services dentaires préventifs, dans quelques CLSC et réalisation de la campagne du Mois de la santé buccodentaire dans quelques CLSC.

Selon les recommandations de Kino-Québec, les jeunes devraient pratiquer une activité physique vigoureuse au moins 3 fois par semaine en plus de pratiquer une activité tous les jours ou faire au moins 7 séances d'activités par semaine. Sur la base de ces recommandations, environ un jeune sur deux dans notre région satisfait à ces conditions. [3].

- **Activité physique :** Organisation régionale de la campagne nationale " Vis ton énergie ", ciblant les écoles secondaires; collaboration au programme " Québec en forme ", destiné à 30 écoles de milieux défavorisés.

Défis et enjeux

- **Non tabagisme :** La prévention du tabagisme chez les jeunes est l'objet d'un débat auprès des intervenants et chercheurs à cause de possibles effets paradoxaux liés à cette intervention. L'approche de la dénormalisation constitue l'intervention de pointe actuellement dans cette problématique. Le défi consiste à mobiliser nos intervenants du réseau de la santé et de l'éducation pour qu'ils intègrent dans leurs pratiques cette nouvelle approche qui fait appel à des connaissances et des habiletés qui ne font pas partie de leur formation traditionnelle.

- **Santé buccodentaire :** La présence de caries dentaires chez les enfants serait en partie reliée au statut socio-économique des parents. Bien que les services dentaires assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (excluant les

services préventifs) soient accessibles aux enfants jusqu'à l'âge de neuf ans, ce sont aussi les enfants de ces groupes qui les utilisent le moins. Il revient donc au réseau de santé dentaire publique d'assurer la mise en œuvre et le soutien de mesures préventives en santé buccodentaire auprès des jeunes d'âge scolaire.

- **Intégration des activités de promotion, de prévention et de protection:** (☞défi d'une IGC, à la Section 3.2). L'ensemble des actions identifiées dans cette section-ci sera l'objet de discussion lors de l'élaboration de l'IGC avec le réseau de l'éducation.

Actions

1. (Voir action en lien avec l'IGC, à la Section 3.2)

2. Promouvoir dans les milieux scolaires, municipaux et communautaires :
   - des **environnements sans fumée** ;
   - des environnements favorables à la pratique régulière **d'activité physique**; et
   - une disponibilité **d'aliments nutritifs et non-cariogènes** dans les cafétérias

3. Soutenir les différentes campagnes de communication faisant la promotion du **non tabagisme** auprès des jeunes (ex. : " La gang allumée "; volet " tabac " de " Parler, c'est grandir! ").

4. Poursuivre la **formation et la mobilisation** en matière de non-tabagisme auprès des intervenants de CLSC et scolaires.

5. Mettre en œuvre les **orientations ministérielles** en matière d'alimentation dans le milieu scolaire (à venir).

6. Consolider le **suivi préventif individualisé** en milieu scolaire auprès des jeunes de la maternelle à la 3e année identifiés à risque de carie dentaire.

7. Développer et mettre en œuvre en milieu scolaire un programme d'application **d'agents de scellement dentaire** pour les enfants à risque de carie, âgés de 5 à 15 ans.

Résultats attendus

1.1 (Voir résultats en lien avec l'IGC, à la Section 3.2)
2.1 (Voir Section 4.4, résultat 1.1)
2.2 Participation à l'évaluation de la mise en œuvre du programme " Québec en forme ".
2.3 Participation d'au moins 60 écoles au programme " École active ".
2.4 Actualisation de la campagne nationale " jeunes " de Kino-Québec auprès de 30 écoles.
3.1 Organisation régionale de la campagne " Parler c'est grandir " (volet tabac : activités théâtrales) dans 5 écoles secondaires de la région.
3.2 Organisation régionale du défi provincial " J'arrête! J'y gagne! " (volet jeunes).
3.3 Organisation régionale de la campagne " Gang allumée " dans 11 écoles.
3.4 Dans le cadre du volet *prévention* du PQLT, réalisation du spectacle rock alternatif *In Vivo* dans 5 écoles secondaires.
3.5 Promotion d'écoles sans fumée, dans le cadre des ententes MEQ-MSSS.

4.1 Au moins 2 intervenants par CLSC et 15 intervenants scolaires formés à la dénormalisation du tabagisme, à la prévention et à la cessation tabagique.
4.2 Réalisation d'une activité de dénormalisation dans chaque milieu scolaire.
5.1 (À venir)
6.1 Dépistage du risque carieux effectué auprès de 98% des enfants inscrits à la maternelle.
6.2 Réalisation de deux séances d'applications topiques de fluorure et d'éducation à la santé buccodentaire auprès de 85% des enfants identifiés à risque de carie dentaire (au moins 80% des enfants à risque de chaque CLSC).
6.3 Référence en bureau privé de 100% des enfants présentant un besoin évident de traitement dentaire.
6.4 Réalisation d'une campagne de promotion des services dentaires préventifs auprès des communautés ethniques et autochtones de la région.
7.1 Réalisation et évaluation de deux projets pilotes locaux d'application d'agent de scellement dentaire destinés aux enfants du niveau primaire.

4.4 ADULTES

Objectifs

D'ici 2007, au niveau régional :

- Offrir le service de **dépistage du cancer du sein** à l'ensemble des femmes de 50-69 ans en Outaouais, par le biais du Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS); et
- Élaborer un programme intégré de **promotion de saines habitudes** de vie destiné aux adultes.

Interventions menées ou actuelles

- Mise en œuvre du **Programme de dépistage du cancer du sein** (PQDCS) dans 3 sur 5 centres de dépistage.
- Collaboration à l'élaboration du programme régional de **lutte contre le cancer**.

Défis et enjeux

- **PQDCS :** Pour compléter la mise en œuvre au niveau régional, il reste à démarrer et accréditer les Centres de dépistage à Shawville et Maniwaki. Ce programme doit faire face à des défis majeurs, dont le maintien de l'accréditation, lié au manque d'effectifs et d'expertise en radiologie dans la région. De plus, on observe de délais variables, selon les périodes de l'année, dans les prises de rendez-vous pour la mammographie de dépistage.

- **Promotion des saines habitudes de vie** : Il n'existe aucune intervention actuelle destinée spécifiquement aux adultes de 18 à 64 ans. Pour rejoindre ce groupe d'âge, il faut développer des interventions visant les milieux de travail.

- **Lutte contre le cancer :** Il faut identifier des stratégies pour mieux rejoindre les clientèles à risque (ex. : dans le cancer du col).

Le Programme 0-5-30 fait la promotion de " 0 tabac, 5 fruits ou légumes et 30 minutes d'activité physique par jour". Il comporte un volet clinique et un volet environnemental, visant principalement les adultes dans les milieux de travail et milieux communautaires.

Actions

1. En partenariat avec les CLSC, les milieux de travail et les milieux communautaires, adapter et mettre en œuvre un programme de type " **0-5-30** ".

2. Consolider le **Programme de dépistage du cancer du sein** (PQDCS).

Résultats attendus

1.1 En collaboration avec des CLSC, des milieux de travail et des milieux communautaires, adaptation, mise en œuvre et évaluation de deux projets pilotes d'un programme de type " 0-5-30 ".
2.1 Mise en œuvre de 5 Centres de dépistage du cancer du sein accrédités dans la région.
2.2 Maintien du centre de référence pour investigation diagnostique.
2.3 Mise en œuvre d'activités d'assurance qualité.

4.5 PERSONNES ÂGÉES

Interventions menées ou actuelles

- Dans le cadre du programme " **Viactive** " et des **clubs de marche**, promotion de l'activité physique auprès de 50 regroupements d'aînés de l'Outaouais dans les clubs d'âge d'or, centres de jour, centres communautaires et centre d'accueil.

Défis et enjeux

- **Synergie d'action :** L'activité physique constitue un facteur de protection commun pour divers problèmes de santé rencontrés chez les personnes âgées , ex : les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose, les chutes à domicile, etc. Il s'agit aussi d'un facteur de protection en regard de leur intégration sociale. La promotion de l'activité physique aurait donc un effet synergique dans la promotion de la santé et la prévention des maladies chez cette clientèle.

Actions

1. Intensifier le déploiement et consolider le programme " **Viactive** " et les **clubs de marche**.
2. Promouvoir l'activité physique et le maintien de l'autonomie par des interventions de type **Programme intégré d'équilibre dynamique** (P.I.E.D.).
3. Promouvoir les **pratiques cliniques préventives** en ce qui à trait aux maladies cardiovasculaires, au diabète et à l'ostéoporose (☞ Chapitre 10).

Résultats attendus

1.1 Augmentation de dix groupes Viactive par année.
1.2 Augmentation du nombre de participants aux clubs de marche.
2.1 Adaptation régionale d'un programme efficace en matière de prévention des chutes et du maintien de l'autonomie, tel qu'un programme de type P.I.E.D.

5. Traumatismes non intentionnels

5.1 POPULATION GÉNÉRALE

L'Outaouais présente un taux semblable au taux de la province pour les décès par "accidents, empoisonnements et traumatismes". Les accidents de la circulation représentent la première cause de décès dans cette catégorie [2].

Selon le Ministère des Transports du Québec, la conduite avec capacités affaiblies est à l'origine de 40 % des accidents mortels et de 20 % des accidents avec blessés graves [17].

En Outaouais, le pourcentage observé de conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale (41,6 %) est plus élevé que la moyenne québécoise (35 %) [2].

Les activités sportives et récréatives sont responsables de 20 % des accidents avec blessures au Québec [12]

Le port du casque protecteur par les cyclistes a connu une baisse notable depuis 1992, même si l'Outaouais demeure la région du Québec où cette pratique est la plus répandue [2].

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire de 30% le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile; et
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

Défis et enjeux

- **Traumatismes routiers :** Malgré que les taux de décès par " accidents, empoisonnements et traumatismes " en Outaouais soient relativement moins élevés qu'ailleurs au Québec, on peut toutefois souligner l'importance des décès par accidents de la circulation dans les districts ruraux de la Petite-Nation, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Pontiac.

- **Consommation d'alcool :** Comme pour les problèmes sociaux (ex.: problèmes de violence), la consommation d'alcool s'avère un facteur de risque important pour les accidents de circulation. Donc, les mesures de prévention visant la consommation d'alcool (e.g. : programme de type Alcochoix) représentent aussi des interventions prometteuses pour réduire les problèmes de santé reliés aux accidents de circulation.

- **Traumatismes à domicile :** Les traumatismes à domicile sont une cause importante de blessures (chutes, intoxications et brûlures) chez les tout-petits et les personnes âgées.

- **Traumatismes récréo-sportifs :** Le contexte actuel d'élaboration de politiques familiales par les municipalités présente une opportunité de promouvoir, entre autres, des milieux de vie sécuritaires pour prévenir les traumatismes récréo-sportifs.

Actions

1. (Voir actions sur la consommation d'alcool chez les adultes, à la Section 3.3, et chez les jeunes d'âge scolaire, à la Section 3.2)

2. Dans le cadre de l'élaboration des politiques familiales, promouvoir l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu dans les municipalités (☞ Section 9.3, Action 1).

3. Dans le cadre de la promotion de l'activité physique et des consultations sur

les schémas d'aménagement en santé environnementale, collaborer à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections. (☞ Section 4.1, Action 2; ☞ Section 7.6, Action 2).

5.2 *PETITE ENFANCE*

L'usage d'un siège d'auto pour enfant adéquat réduit d'au moins 70 % le risque de décès et de blessures graves chez l'enfant. Or, le taux global d'utilisation correcte de ces sièges n'est que de 40 % au Québec [24].

Interventions menées ou actuelles

- Dans le cadre des **services périnataux**, activités éducatives pour la prévention des traumatismes dans quelques territoires de CLSC.

Défis et enjeux

- Le défi consiste en la **régionalisation** de ces activités auprès des milieux défavorisés.

Actions

1. Intégration d'activités portant sur la prévention des traumatismes routiers et à domicile (qu'il soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade) aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et aux parents, comme **NÉGS** et **PSJP** (☞ Section 3.1, Action 3).

Résultats attendus

1.1 Dans tous les territoires de CLSC, intégration du volet de prévention des traumatismes dans les programmes NÉGS et PSJP.
1.2 Préparation, diffusion d'outils et formation des intervenants en *Enfance, famille, jeunesses* dans chaque CLSC.

5.3 *JEUNES D'ÂGE SCOLAIRE*

Les décès observés par "accidents, empoisonnements et traumatismes" surviennent proportionnellement plus souvent chez les jeunes. Les traumatismes non intentionnels sont responsables d'une proportion démesurément élevée des APVP observées avant l'âge de 75 ans [2].

En Outaouais, les traumatismes routiers demeurent, avec les suicides,

Défis et enjeux

- **Consommation d'alcool :** Comme pour la population générale, la consommation d'alcool est un facteur de risque important de traumatismes chez les jeunes. Or, les jeunes sont souvent initiés à l'alcool avant l'âge de 15 ans et ils se procurent facilement de l'alcool, surtout dans les dépanneurs.

- **Aires de jeu scolaires :** Quant aux traumatismes récréo-sportifs, il existe une norme canadienne pour la sécurité des appareils de jeu. Des représentations ont été faites au niveau provincial auprès du Ministère de l'éducation, entre autres, afin d'assurer la formation des responsables des aires de jeu scolaires. Il faudra assurer le respect de cette norme au

la principale cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans (24,1 et 19,3/100 000 respectivement) [14].

niveau régional.

- **Intégration des activités :** Comme dans d'autres problématiques touchant les jeunes, le défi sera d'intégrer ces deux dossiers de traumatismes dans une intervention globale et concertée, à élaborer avec le réseau de l'éducation. (Voir le défi d'une IGC, à la Section 3.2). L'ensemble des actions identifiées dans cette section-ci sera l'objet de discussion lors de l'élaboration de l'IGC avec le réseau de l'éducation.

Actions

L'alcool est toujours la substance consommée par le plus fort pourcentage de jeunes et cette consommation a peu varié depuis 1991. [4].

1. Action en lien avec l'**IGC.** (☞ Section 3.2, Action 1).
2. Promouvoir l'application de lois et de règlements visant à **restreindre l'accessibilité à l'alcool** pour les jeunes de moins de 18 ans. (☞ Section 3.2, Action 5).
3. Promouvoir l'application adéquate de la **norme de sécurité** existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu dans les milieux scolaires.

Résultats attendus

3.1 Lors de l'élaboration de l'IGC avec le réseau de l'éducation, promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu dans les milieux scolaires.

5.4 *PERSONNES ÂGÉES*

Objectif

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

Interventions menées ou actuelles

- Dans le cadre du programme Viactive et des clubs de marche, **promotion de l'activité physique** auprès de 50 regroupements d'aînés de l'Outaouais dans les clubs d'âge d'or, centres de jour, centres communautaires et centres d'accueil.

Défis et enjeux

- **Synergie d'action :** L'activité physique constitue un facteur de protection pour les chutes à domicile et pour d'autres problèmes de santé rencontrés chez les personnes âgées, ex: les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose , les chutes à domicile, etc. Il s'agit aussi d'un facteur de protection en regard de leur intégration sociale. La promotion de l'activité physique aurait donc un effet synergique dans la promotion de la santé et la prévention des maladies chez cette clientèle.

- **Médicaments psychotropes :** Une attention particulière devra être portée à la question de la consommation des médicaments chez les personnes âgées, un autre facteur important dans la prévention des chutes.

Actions

1. Promouvoir **l'activité physique** et le maintien de **l'autonomie** par des interventions de type Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.);

2. Intensifier le déploiement et consolider le programme **Viactive** et les **clubs de marche**;

3. Soutenir les **pratiques cliniques préventives** liés à la prévention des chutes (☞ Chapitre 10);

4. Collaborer, au besoin, au volet " promotion/prévention " des **réseaux intégrés de services** aux personnes âgées.

Résultats attendus

1.1 Adaptation régionale d'un programme efficace en matière de prévention des chutes et du maintien de l'autonomie, tel qu'un programme de type P.I.E.D.
2.1 Augmentation de dix groupes Viactive par année.
2.2 Augmentation du nombre de participants aux clubs de marche.
3.1 Formation d'une cinquantaine d'intervenants cliniques en CLSC, CHSLD et centres de jour sur les mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées.

6. Maladies infectieuses

6.1 *MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION*

Objectifs

Selon le registre des MADO et les déclarations des médecins, tous les objectifs sont atteints sauf celui concernant les cas de coqueluche, dont le nombre varie encore à chaque année [20].

Dici 2012, au niveau national :

- réduire la **varicelle** jusqu'au seuil d'élimination;
- réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à **pneumocoque** chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans;
- réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour **influenza** et **pneumonie** des personnes de 65 ans ou plus;
- maintenir les services essentiels en cas de **pandémie d'influenza**; et
- maintenir l'incidence moyenne annuelle des **maladies infectieuses contractées à l'étranger**.

D'ici 2007, au niveau national :

- maintenir à 0 l'incidence annuelle de la **diphtérie**, de la **poliomyélite**, du **tétanos** et de la **rage** en ce qui concerne les cas indigènes;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle de la **rougeole**, de la **rubéole** et des **oreillons** sous le seuil d'élimination;
- maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à ***Haemophilus influenzae*** **de type b** sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans;
- réduire l'incidence moyenne annuelle de la **coqueluche** de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
- réduire l'**infection rubéoleuse indigène** au cours de la grossesse ainsi que la **rubéole congénitale** à 0;
- réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés **d'hépatite A**;
- réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés **d'hépatite B aiguë**;
- réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à **méningocoque de sérogroupe C** dans la population âgée de 20 ans ou moins; et
- réduire de 40 % l'incidence annuelle des **infections invasives à pneumocoque** dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

Interventions menées ou actuelles

- Déploiement du **programme de vaccination régulier** et les campagnes de rattrapage aux clientèles ciblées par les autorités provinciales.
- **Promotion des nouveaux vaccins** auprès des médecins, des infirmières et de la population et introduction dans le calendrier régulier de vaccination.
- **Promotion générale de la vaccination** par le biais de feuillets d'information remis aux parents lors de visites post-natales, de suivi en petite enfance et à l'école.

Défis et enjeux

- **Services d'immunisation actuels :** Sur quelques territoires de CLSC, on peut noter parfois des retards significatifs dans l'administration des vaccins du calendrier régulier. Par ailleurs, le développement d'un système national d'information constitue en enjeu majeur pour évaluer la couverture vaccinale régionale de l'ensemble des maladies visées. À l'heure actuelle, nous n'avons que les données pour la couverture vaccinale contre l'hépatite B en 4e année primaire et pour les campagnes de vaccination spéciales.

- **Gestion des produits immunisants :** Il existe également un besoin d'informatiser au niveau régional et local, le système de gestion des produits immunisants.

- **Nouveaux vaccins et les campagnes de rattrapage :** Dans les activités de promotion de la vaccination, il faut tenir compte de la réticence de certains parents à augmenter le nombre de vaccins à faire administrer à leurs enfants.

Actions

1. Vacciner les jeunes contre la **diphtérie**, la **poliomyélite**, la **rougeole**, la **rubéole**, les infections à ***H. influenzae*** **de type b**, les **oreillons,** la **coqueluche**, le **tétanos** et les infections à **méningocoque du groupe C** (vaccination de base).
2. Vacciner en milieu scolaire des élèves du niveau secondaire contre la **diphtérie et le tétanos**.
3. Vacciner les jeunes contre la **varicelle**. (Ce vaccin ne fait pas encore partie du programme gratuit de vaccination).
4. Vacciner contre **l'hépatite A** les groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
5. Vacciner contre l'**hépatite B** les élèves de 4e année et des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
6. Vacciner contre les infections à **pneumocoque** les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
7. Vacciner les jeunes contre les infections à **pneumocoque**.(Ce vaccin ne fait pas encore partie du programme gratuit de vaccination).
8. Vacciner contre l'**influenza** les personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
9. Vacciner avant l'exposition à la **rage** humaine, les personnes visées par le protocole d'intervention provincial sur la rage humaine.
10. Promouvoir la vaccination contre les **maladies contractées à l'étranger** (typhoïde, hépatite A et hépatite B, par exemple) auprès des voyageurs se rendant dans un pays en développement.
11. Mettre en place les niveaux régional et local du **système national d'information** vaccinale (à développer) afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique.
12. Gérer les **produits immunisants**, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits.
13. Élaborer le volet régional du plan provincial d'urgence en cas de **pandémie** d'influenza (à venir).
14. Soutenir des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la **rubéole** et de l'**hépatite B** chez les femmes enceintes (☞ Chapitre 10).

Résultats attendus

1.1 Dans tous les territoires de CLSC, 95 % des enfants de 0-5 ans auront reçu leurs vaccins dans les délais prescrits.
1.1 90 % des enfants du niveau secondaire ont reçu les vaccins prescrits dans le programme d'immunisation.
3.1 90 % des personnes visées par le programme de vaccination contre la varicelle ont reçu leur vaccin.
4.1 Diminution de l'incidence d'hépatite A
5.1 Maintien du taux de la couverture vaccinale pour l'hépatite B à 90 % chez les élèves de 4e année primaire.
5.2 Diminution de l'incidence d'hépatite B.
6.1 Diminution de l'incidence d'infections invasives à pneumocoque.
8.1 Augmentation de la couverture vaccinale contre l'influenza à 60% en milieu ouvert et maintien à 80 % en milieu fermé.
9.1 Promotion du vaccin dans les milieux à risque identifiés dans la région.
9.2 Par le biais du bulletin Info-Protection, rappel aux médecins de la conduite à tenir en cas d'exposition au virus de la rage.
10.1 À venir
11.1 À venir
12.1 À venir
13.1 À venir

6.2 *INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG*

Objectifs

Au cours des 5 dernières années, il y a eu une augmentation de 50 à 80 cas d'Infections à Chlamydia trachomatis par année [20].

Infections à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15-24 ans : environ 385 cas en 2002 [20].

Infections récentes à Treponema pallidum (Syphilis) en 2002 : 8 cas [20].

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire l'incidence annuelle de l'infection par le **VIH**;
- réduire l'incidence de **l'hépatite C**;
- réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une **cirrhose du foie**;
- réduire les infections à ***Neisseria gonorrhoeae*** jusque sous le seuil d'élimination;
- réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à ***Chlamydia trachomatis*** et de **l'infection gonococcique**; et
- réduire l'incidence annuelle des **infections virales transmissibles sexuellement**.

D'ici 2007, au niveau national :

- réduire à moins de 5 le nombre de **nouveau-nés infectés par le VIH** chaque année;
- réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à ***Chlamydia trachomatis***;
- réduire de 50 % le taux d'infection annuel à ***Chlamydia trachomatis*** chez les

Infections à Neisseria gonorrhoeae en 2002 : 26 cas [20].

Infections à VIH en 2002 (début de la déclaration obligatoire en avril 2002) : 9 cas [20].

Infections à VHB : 41 cas, en moyenne, par année au cours des cinq dernières années [21].

Infections à VHC : 155 cas, en moyenne, par année au cours des cinq dernières années [21].

jeunes de 15 à 24 ans ;
- maintenir l'incidence globale annuelle de **syphilis** récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
- réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la **syphilis congénitale**; et
- maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections **bactériennes rares transmissibles sexuellement**.

Interventions menées ou actuelles

- **Surveillance** des maladies transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire.
- Réalisation d'**enquêtes épidémiologiques** lors des signalements d'ITSS à déclaration obligatoire.
- Application des **mesures de protection**, lorsqu'il y a lieu.
- Mise en œuvre d'un **programme d'échange de seringues**.

Défis et enjeux

- La Loi de santé publique et la jurisprudence récente (Commission Krever) donne au Directeur de santé publique des responsabilités accrues pour lesquelles les ressources n'ont pas encore été identifiées.

Actions

1. Mettre en œuvre, auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables, des **services préventifs** portant sur le VIH/SIDA, le VHC et les ITSS.
2. Consolider le programme **d'échange de seringues** pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.
3. Consolider le programme de **récupération de seringues** usagées.
4. Organiser des services intégrés de **dépistage et de prévention** du VIH/SIDA, du VHC et des ITS.
5. Promouvoir **l'accessibilité au traitement** des ITSS.
6. Intervenir auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.
7. Promouvoir la **prophylaxie post-exposition** contre le VIH.
8. Promouvoir l'offre systématique du test de **dépistage** du VIH aux femmes enceintes (☞ Chapitre 10).
9. Promouvoir les comportements préventifs par la **sensibilisation** de la population aux conséquences du VIH/SIDA, du VHC et des ITS.

Résultats attendus

1.1 Dans chaque territoire de CLSC, mise en place de services de consultation en matière de sexualité destinés aux jeunes.
1.2 Évaluation des projets de prévention du SIDA et d'ITSS.
3.1 Implantation du programme d'échanges de seringues dans tous les territoires de CLSC.
3.2 100 % des sites d'échange de seringues distribuent le matériel stérile et de prévention.
2.1 100 % des sites d'échanges de seringues bénéficient de l'équipement de récupération.

4.1 Implantation d'un premier site de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS.
5.1 Via le bulletin *Info-Protection*, envoi d'un rappel de l'existence du programme de gratuité des médicaments pour traiter les ITSS.
5.2 Lors des signalements, intervention préventive réalisée auprès de 100 % des contacts d'une personne souffrant d'ITSS ou, sur demande du médecin traitant, d'une personne VIH +.
7.1 Sensibilisation de 100 % des salles d'urgence sur les délais à respecter pour l'administration de la prophylaxie post exposition au VIH.
9.1 Intégration du volet prévention des ITSS dans l'IGC.

6.3 AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Objectifs

Infections à E. coli 0157:H7 : 10 à 12 cas, en moyenne, par année au cours des cinq dernières années [21].

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire la **résistance aux antimicrobiens** utilisés contre : les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, les infections à *Neisseria gonorrhoeae* productrices de pénicilliase, les infections à pneumocoque, la tuberculose et les infections nosocomiales.

Infections à Salmonella enteritidis : 40 cas, en moyenne, par année au cours des cinq dernières années [21].

D'ici 2007, au niveau national:

- réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des **infections nosocomiales** dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins;
- réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à ***E. coli* 0157** et des infections à ***Salmonella enteritidis***, et de 30 % celui des infections à ***Campylobacter***;
- réduire les infections virales transmissibles par les **produits sanguins**;
- maintenir un taux d'incidence annuel maximal de **tuberculose** de 2 pour 100 000 personnes; et
- minimiser le nombre annuel de cas sporadiques de **zoonoses** autres que la rage (moins de 20 cas au Québec)

Infections à Campylobacter : 75 cas, en moyenne, par année au cours des cinq dernières années [21].

Tuberculose active : 8 cas en moyenne par année entre 1998 et 2002, soit 2.6/100 000 de la population [21].

Interventions menées ou actuelles

- **Surveillance** des maladies à déclaration obligatoire et des éclosions.
- **Enquêtes épidémiologiques**.
- Application des **mesures de protection**.
- **Promotion de comportements préventifs** auprès de la population.

Défis et enjeux

- **Problèmes en émergence:** L'émergence de nouvelles problématiques en maladies infectieuses peut mettre la région en situation de vulnérabilité.

Actions

1. Promouvoir la chimioprophylaxie et la transmission de **conseils aux voyageurs**.

2. Surveiller les **infections nosocomiales**, diffuser les recommandations concernant ces infections et soutenir leur application.
3. Prendre en charge les contacts étroits des personnes ayant une **tuberculose** contagieuse.
4. Offrir le test de **dépistage tuberculinique** aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées.
5. Évaluer, traiter et suivre les immigrants nouvellement admis, tel que recommandé dans le protocole d'intervention provincial sur la **tuberculose**.
6. Lors des éclosions de **zoonoses**, intervenir et faire le suivi auprès des populations à risque.
7. Appliquer les recommandations provinciales relatives à la prévention et à la surveillance de l'**encéphalite du Nil occidental.**
8. Soutenir les pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le **streptocoque du groupe B** chez les femmes enceintes (☞ Chapitre 10).

Résultats attendus

1.1 Relais d'information à toutes les cliniques et CLSC qui font de la santé des voyageurs.
2.1 Établissement d'un portrait régional des infections nosocomiales.
3.1 100 % des contacts d'un cas de tuberculose contagieuse sont pris en charge lors de signalements.
3.2 Diminution de l'incidence régionale de la tuberculose.
6.1 À chaque éclosion, intervention adéquate dans un délai de 24 à 48 heures.
7.1 Application de toutes les recommandations provinciales au sujet du Virus du Nil.

6.4 *SYSTÈME DE VIGILANCE*

Objectifs

Chaque année, de dix à vingt éclosions, telles que des toxi-infections alimentaires, diarrhées épidémiques ou autres, sont rapportées à la DSP [16].

D'ici 2007, au niveau régional :

- assurer une réponse rapide et de qualité à toutes les **demandes *ad hoc*** reliées aux maladies infectieuses présentant une **menace réelle ou potentielle** à la santé de la population.

Interventions menées ou actuelles

De 1 100 à 1 200 maladies à déclaration obligatoire de nature infectieuse et chimique sont signalées à la DSP chaque année [21].

- **Surveillance** des maladies à déclaration obligatoire et des éclosions.
- Identification des situations de **menace à la santé.**
- Réalisation **d'enquêtes épidémiologiques**.
- Application des **mesures de protection et de prévention** auprès des contacts des cas.

Défis et enjeux

- **Demandes urgentes :** On réussit à répondre aux demandes urgentes dans le délai requis c'est-à-dire en moins de 24 heures, mais cela se fait au détriment d'autres dossiers en maladies infectieuses tels que la gestion, la prévention et la promotion et on ne peut pas les approfondir.
- **Problèmes en émergence :** Compte tenu des maladies infectieuses en

émergence, les ressources professionnelles actuelles sont fragiles à cause de leur nombre restreint et cela met en péril la capacité du service de répondre à l'ensemble des demandes.

Actions

1. Appliquer les lignes directrices pour l'**investigation des cas**, la **prévention des cas secondaires** et le **contrôle des éclosions**, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.

2. Maintenir le **service médical de garde** en santé publique.

Résultats attendus

1.1 Application des lignes directrices dans un délai de 24 heures dans 100 % des cas.
1.2 Mise en place d'un plan régional d'intervention en cas de pandémie d'influenza.
1.3 Mise en place d'un plan régional d'intervention en cas de variole.
1.4 Mise en place d'un plan régional d'intervention en cas de SRAS.
2.1 Réponse à 100% des appels en période de garde.

7. Santé environnementale

7.1 SYSTÈME DE VIGILANCE

Objectifs

D'ici 2007, au niveau régional :

- assurer une réponse rapide et de qualité à toutes les **demandes *ad hoc*** reliées aux problèmes environnementaux présentant une **menace réelle ou potentielle** à la santé humaine.

Interventions menées ou actuelles

- En 2002-2003, réponses à 158 **demandes *ad hoc*** des milieux communautaires.

Défis et enjeux

- La capitale fédérale est souvent l'hôte de rassemblements majeurs, de nature internationale, et est susceptible d'être une cible pour des conflits politiques. L'ambassade américaine et le Parlement canadien étant à environ 700 mètres de la frontière du Québec, le **bioterrorisme** présente un risque plus significatif ici que dans une autre ville de même dimension au Québec.

- La **présence d'industries** du côté ontarien de la frontière (e.g. la centrale nucléaire à Chalk River) génère des risques dans la région et la gestion de ces risques est compliquée par les difficultés de concertation et les différences structurelles entre les deux provinces.

- Actuellement, le service régional en santé environnementale offre à la fois un service de première et de deuxième ligne en matière de vigilance. Il ne peut, avec ses ressources actuelles, répondre au **nombre croissant de demandes *ad hoc*** venant d'une population de plus en plus sensibilisée aux menaces environnementales.

- Il y a un besoin de continuer à décentraliser ce système en déléguant, autant que possible, les demandes ponctuelles aux équipes d'Info-santé. Il s'agit donc de renforcer une **réponse de première ligne** dans les territoires des CLSC.

- Il faudra donc continuer à **former les infirmières d'Info-santé et les intervenants en milieu scolaire** pour les demandes en lien avec le Programme national de santé publique et, si possible, les demandes les plus communes.

Actions

1. En collaboration avec les CLSC, les municipalités, les MRC et le Ministère de l'Environnement, répondre aux **demandes *ad hoc*** reliées à tout problème environnemental ayant un impact sur la santé humaine.

2. Lorsqu'il y a lieu, mener des **enquêtes** dans les cas de signalement de menace à la santé d'origine environnementale.

3. Établir un service de **réponse en première ligne** dans les territoires de CLSC.

4. Maintenir le **service médical de garde** en santé publique.

Résultats attendus

1.1 Formation d'au moins d'une infirmière d'Info-Santé par CLSC sur les problèmes en émergence.
2.1 Prise en charge de tous les signalements de menace à la santé.
3.1 Mise en place d'une réponse de première ligne en santé environnementale par le biais du service Info-Santé.
4.1 Réponse à 100% des appels en période de garde.

7.2 QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR

Objectifs

Le rhume des foins (rhinite allergique) causé par le pollen affecte près de 7 % des

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire les problèmes de santé associés à la **pollution atmosphérique**;

citoyens de l'Outaouais [13].

- réduire la morbidité imputable au pollen de **l'herbe à poux**; et
- réduire la morbidité et la mortalité dues à **l'asthme** chez les personnes de moins de 45 ans.

D'ici 2007, au niveau régional :

- augmenter la sensibilisation des partenaires aux diverses problématiques reliées à la qualité de l'air extérieur, notamment l'**herbe à poux** et la **pollution atmosphérique**.

Interventions menées ou actuelles

- Éducation à la prévention des problèmes reliés à l'**herbe à poux** auprès de certains partenaires du réseau de la santé et du réseau scolaire.
- En collaboration avec le secteur urbain, sensibilisation aux problèmes reliés à la pollution atmosphérique lors des épisodes de **smog** et de **chaleur accablante**.
- Participation au programme " **Info-smog** ".

Défis et enjeux

- **Actions intersectorielles:** Les sources de pollution se trouvent souvent à l'extérieur de la région et les leviers d'action en santé publique sont limités. Il faut donc mener des actions intersectorielles et interrégionales. On peut toutefois connaître et promouvoir des modes alternatifs de transport et d'aménagement du territoire urbain.

Actions

1. Promouvoir des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur y compris la participation au **Programme Info-smog.**

2. Informer et former des intervenants municipaux sur les mesures adéquates de contrôle de l'**herbe à poux**.

3. Informer la population sur l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat et les mesures adéquates de contrôle de l'**herbe à poux**.

4. Sensibiliser les partenaires d'autres secteurs sur les problèmes de santé attribuables à l'**herbe à poux**.

Résultats attendus

1.1 Obtention et analyse d'un bilan régional des émissions atmosphériques.
1.2 Dépôt, auprès du MENV, d'une proposition de stratégie d'évaluation de la qualité de l'air extérieur.
1.3 Dans le cadre de programme Info-smog, préparation de 4 communiqués de presse ayant des messages différents, prêts à envoyer lors d'une épisode de smog ou de chaleur accablante.
1.4 Bilan des interventions prometteuses implantées ailleurs pour la problématique de la pollution atmosphérique.
2.1 Diffusion du bulletin de la Table québécoise sur l'herbe à poux (TQHP) auprès

toutes les municipalités.

2.2 Promotion de la formation provinciale auprès de 10 municipalités.

3.1 Information sur l'herbe à poux dans le site web de la Direction de santé publique.

3.2 Formation d'au moins une infirmière d'Info-Santé par CLSC, pour qu'elles soient en mesure de répondre aux demandes de la population reliées à l'herbe à poux (Info-santé).

4.1 Diffusion d'information auprès de 8 CLSC, 2 écoles et 2 associations de quartier.

4.2 Diffusion du bulletin de la TQHP auprès de grandes entreprises et associations industrielles.

7.3 QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire la morbidité et la mortalité dues à l'**asthme** chez les personnes de moins de 45 ans; et
- réduire la morbidité et la mortalité reliées à la **mauvaise qualité de l'air** intérieur ainsi qu'à l'insalubrité.

D'ici 2007, au niveau régional :

- augmenter la sensibilisation des partenaires sur l'importance de la **qualité de l'air intérieur**.

Interventions menées ou actuelles

- Au niveau local, réponse aux demandes individuelles sur les problèmes de QAI, notamment les problèmes de **moisissures** dans les logements;
- Au niveau régional, **réponse aux demandes** des représentants de groupes de la population;
- Activités de diffusion d'information sur la **qualité de l'air intérieur** (QAI);
- Conduite d'**enquêtes** et organisation des activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur dans les écoles, les centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau;
- En collaboration avec l'équipe de santé au travail, établissement d'un **arbre décisionnel** sur les problèmes de **QAI**.

Défis et enjeux

- Les réponses du réseau aux demandes ponctuelles de la population générale ne peuvent constituer une solution durable aux problèmes de santé reliés à la qualité de l'air intérieur. Si on ne vise pas la source des problèmes, c'est-à-dire, l'insalubrité des logements, les problèmes respiratoires qui y sont associés persisteront.

- Or, l'accès aux logements salubres constitue un grand défi pour les personnes et collectivités vivant une situation de pauvreté. Comme d'autres problèmes d'inégalités de santé et de bien-être, la problématique de la qualité d'air intérieur nécessite, entre autres, le développement de politiques publiques saines et une stratégie de développement des communautés (☞ Section 9.4).

Actions

1. Participer à l'organisation et à l'amélioration de la capacité des services publics, sectoriels et intersectoriels, d'agir sur la **qualité de l'air intérieur** dans l'Outaouais, incluant des politiques publiques saines.

2. Mener des **enquêtes** et organiser des activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la **qualité de l'air intérieur** ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Résultats attendus

1.1 Formation d'au moins une infirmière par CLSC sur les interventions de première ligne suite à une demande reliée à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments (Info-santé).
1.2 Tous les élus de la ville de Gatineau et les préfets des MRC auront été sensibilisés quant au rôle qu'ils peuvent jouer dans les cas d'insalubrité de logements locatifs.
2.1 Documentation et réponse à 100% des signalements des problèmes de santé en lien avec la qualité de l'air dans les écoles, CPE et établissements du réseau de la santé.

7.4 AUTRES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- contribuer à la réduction des **cancers du poumon** attribuables à l'exposition au **radon**, à l'**amiante** et aux **hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)** ;
- diminuer l'incidence des **cancers de la peau** ; et
- réduire la morbidité et la mortalité dues aux **maladies d'origine hydrique**.

Interventions menées ou actuelles

- En collaboration avec les CLSC, les municipalités et le Ministère de l'Environnement, suivi de tous les signalements de problème d'eau potable et ce, dans un délai maximal d'une journée.

Défis et enjeux

- **Cancer de la peau** : Des activités de sensibilisation pourraient être intégrées à la programmation régulière des CPE, camps de vacances,

camps de jours.

- **Eau potable :** L'aspect routinier de ce dossier risque d'entraîner une perte de vigilance.

Actions

1. Participer au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires où ces travaux sont prévus et soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé.

2. Informer les parents sur les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets.

3. En collaboration avec les services Info-santé, continuer à faire un suivi approprié, incluant possiblement une enquête, de tous les signalements de problème d'eau potable.

4. Collaborer aux activités nationales favorisant l'accès en temps opportun aux déclarations concernant des éclosions, des intoxications ou des dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, lesquelles déclarations sont nécessaires à une intervention précoce pour protéger la santé de la population.

Résultats attendus

1.1 Offre d'expertise à toutes les demandes des gestionnaires d'établissement à propos des risques de l'exposition à l'amiante.
2.1 Dans tous les territoires des CLSC, information auprès des parents, notamment via les activités des CLSC et des CPE, des moyens de protéger les enfants de 0-5 ans contre les rayons ultraviolets
3.1 Conduite d'enquêtes et réalisation d'actions appropriées pour tous les signalements de problème microbiologique relié à l'eau potable et ce, dans un délai maximal d'une journée.
3.2 Conduite d'enquêtes et réalisation d'action appropriées pour tous les signalement de problème physico-chimique relié à l'eau potable. Formation d'au moins une infirmière par CLSC pour susciter les déclaration de maladies d'origine hydrique

7.5 *INTOXICATIONS ENVIRONNEMENTALES*

Le monoxyde de carbone (CO) est un toxique qui peut se retrouver dans des environnements extrêmement variés, aussitôt qu'il y a combustion incomplète de substance organique : bois, pétrole, huile, propane [11].

En 2002, 8 intoxications au monoxyde de carbone ont été rapportées dans la région [20].

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire de 25 % les **intoxications d'origine environnementale** et leurs conséquences sur la santé.

Interventions menées ou actuelles

- Diffusion ad hoc d'information sur les risques d'intoxication environnementale dans les milieux ciblés

Défis et enjeux

- L'exposition au **monoxyde de carbone** peut arriver dans des situations aussi diverses que le karting, le dynamitage, la restauration, la chasse, la mécanique automobile, les pannes d'électricité. C'est cette présence dans des situations très diverses qui complique les activités de sensibilisation du grand public.

- Le défi consiste à trouver des moyens pédagogiques originaux pour faire comprendre, au plus grand nombre possible de personnes, les principes d'une combustion incomplète, la diversité des situations de risque et les impacts sur la santé.

Actions

1. Dans le cadre de la promotion des pratiques cliniques préventives (Chapitre 10), promouvoir l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone dans la maison.

2. Promouvoir le processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone ou des pesticides, et conduite d'enquêtes lorsque de tels cas sont déclarés

Résultats attendus

1.1 Diffusion d'information sur le CO dans tous les CLSC ainsi qu'à tous les groupes à risque.
2.1 Transmission de toutes les données régionales dénominalisées concernant les intoxications au CO à partir du fichier MADO
2.2 Bilan annuel des MADO chimiques.
2.3 Formation d'au moins une infirmière d'Info-Santé par CLSC, des intervenants en milieu scolaire et des médecins des territoires (surtout à l'urgence) pour les sensibiliser au signalement des intoxications à déclaration obligation d'origine chimique, dont le CO.

7.6 POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

Objectif

D'ici 2007, au niveau régional :

- Sensibiliser les partenaires intersectoriels à l'importance des **politiques publiques** en environnement favorables à la santé, incluant la planification des **mesures d'urgence**.

Interventions menées ou actuelles

- Participation à la révision des **schémas d'aménagement**.
- Participation aux **études d'impact** pour en déterminer la recevabilité puis l'acceptabilité.
- Participation aux **audiences publiques** à titre d'expert-conseil.
- Participation aux démarches visant la **protection des sols** et à la réhabilitation des **terrains contaminés**.
- Participation aux démarches régionales de planification de la gestion des risques **d'accidents industriels majeurs**, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.

Défis et enjeux

- Il reste beaucoup à faire pour arrimer les interventions en cas d'urgence dans les zones frontalières;
- Il faut prévoir du temps pour participer aux Comités mixtes municipalité industries (CMMI)afin d'agir sur les dangers de pollution transfrontière.
- Dans les études d'impact, il faut prévoir du temps pour se familiariser avec différents aspects d'activités économiques des secteurs primaires (ex. : agriculture), secondaires(ex. : pâtes et papier) et tertiaires (ex. : routes)

Actions

1. Participer aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement ainsi qu'à l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés.
2. Participer au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté (MRC) et les communautés urbaines.
3. Collaborer aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.
4. Élaborer un plan d'urgence en santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, industrielles, biologiques et chimiques.

Résultats attendus

1.1 Lorsqu'il y a lieu, représentation de la DSP aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux.

1.2 Lorsqu'il y a lieu, participation aux activités des Groupes techniques d'intervention (GTI) pour les terrains contaminés.

2.1 Lorsqu'il y a lieu, représentation de la DSP aux différentes étapes du processus de révision des schémas d'aménagement des MRC.

3.1 Lorsqu'il y a lieu, participation à la préparation des schémas et des plans de sécurité civile, ainsi qu'aux travaux d'autres groupes de préparation aux urgences (e.g. CMMI).

4.1 Élaboration d'un plan d'urgence en santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, industrielles, biologiques et chimiques.

4.2 Organisation d'une simulation de d'urgence arrimée à une simulation de l'Organisation régionale de sécurité civile de l'Outaouais (ORDSCO).

8. Santé au travail

8.1 PRIORITÉS PROVINCIALES

On recense 170 700 travailleurs (4,5% de l'emploi au Québec) en Outaouais, dont :

2731 dans le secteur primaire,

25 434 dans le secteur secondaire et

142 535 dans le secteur tertiaire

Le secteur de la forêt et de l'industrie du papier est très bien représenté :

7 usines de pâtes et papiers

20 grosses scieries

100 petites scieries

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- Maintenir l'implication du réseau de la santé au travail (SAT) dans le secteur de **l'agriculture**;
- Diminuer l'incidence de la **bérylliose,** de la **silicose** et de l'**amiantose** chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante
- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par le **monoxyde de carbone**, l'**hydrogène sulfuré**, les **pesticides**, les **gaz irritants** et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le **plomb** et les **solvants organiques**;
- Prévenir l'incidence de l'asthme professionnel relié à l'exposition aux **isocyanates** chez les peintres et carrossiers;
- Prévenir l'asthme professionnel relié à d'**autres sensibilisants** que les isocyanates selon les nouveaux développements provinciaux;
- Diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des **substances cancérogènes**;
- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au **bruit** en milieu de travail;
- Diminuer l'incidence et la gravité des **lésions musculo-squelletiques** (LMS);
- Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des **agents biologiques**; et
- Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une **issue défavorable de la grossesse attribuable au milieu de travail** (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant.

Interventions actuelles

- Identification des contraintes et des contaminants dans les milieux de travail ciblés;
- Application des *Programmes d'Intervention Intégrés* (PII);
- Élaboration et mises à jour des *Programmes de Santé Spécifiques aux Établissements* (PSSE);
- Initiation d'un programme d'ergonomie participative dans deux entreprises;
- Évaluation des facteurs de risques liés au milieu de travail dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD).

Défis et enjeux

- **Mandats des équipes de santé au travail** : les rôles, mandats et type

d'intervention de la SAT devront être mieux précisés notamment si les intervenants sont sollicités dans des problématiques à caractère plus urgent pour lesquelles les ressources humaines et matérielles ne sont pas nécessairement adaptées ni suffisantes.

- **Secteurs de l'agriculture et de la construction (BTP)** : les travailleurs sont toujours difficiles à rejoindre. Il s'agit de continuer à développer des approches pour encore mieux les informer des risques reliés à l'exposition à de nombreux produits, d'une part, ou à l'accomplissement de tâches dangereuses, d'autre part.

Environ 1500 travailleurs ont été recensés dans le secteur de l'agriculture

- **Santé mentale, harcèlement, violence physique et psychologique** : il s'agit de problèmes en émergence dans certains milieux de travail. De plus en plus, les équipes de santé au travail vont être confrontées à un nouveau type d'agresseur. La formation des intervenants dans ce domaine sera nécessaire pour mieux reconnaître ces problématiques et travailler en partenariat pour les prévenir.

- **Protection respiratoire** : le port de protection respiratoire n'est pas toujours encouragé dans certains milieux de travail. Une concertation avec la CSST doit être maintenue en faveur de stratégies globales pour contrer la résistance vis à vis des mesures de protection collective, notamment en ce qui concerne l'exposition aux isocyanates chez les carrossiers.

46 établissements sont ciblés par le programme d'intervention sur les isocyanates

- **Outil informatique** : le développement d'un outil informatique convivial devrait permettre à la santé au travail un meilleur accès et une gestion plus simple des données. D'ici 2012, la mise en application du *Système d'Information en Santé au Travail* (SISAT) va grandement améliorer la collecte des données et l'échange des informations.

- **Collaboration avec les milieux de travail** : les équipes de santé au travail sont encore confrontées à des résistances dans certains milieux de travail moins collaborateurs, notamment pour la problématique des LMS. Un travail de réflexion et de concertation sera nécessaire pour trouver des pistes d'action.

Actions

1. Amener les employeurs et les CSS à se doter de **politiques adéquates de gestion de la santé et sécurité** dans leur milieu de travail;
2. Développer des stratégies de marketing en lien avec le secteur de l'**agriculture**;
3. Soutenir les milieux de travail au prise avec une exposition aux fibres d'amiante;
4. Favoriser la formation des ressources en SAT qui doivent répondre aux interrogations des milieux et aux travailleurs touchés par la problématique du béryllium;
5. Promouvoir dans les services publics le « *Guide de gestion des risques biologiques* » par les gestionnaires;
6. Inviter les ressources de la CSST à définir la part des activités qu'elles veulent assumer en promotion/prévention pour atteindre les objectifs; et
7. Suivre et collaborer à l'élaboration des diverses phases du SISAT.

Résultats attendus

1. Réduction à la source, substitution de substances toxiques par des produits moins

dangereux pour la santé, remplacement de machines à combustion au propane par des machines électriques, mises en places de solutions originales pour réduire les risques à la santé.
2. Annonce de nos ateliers d'information thématique dans les publications des agriculteurs.
3. Dépistage volontaire des travailleurs et suivis selon les résultats. Les refus de dépistage sont documentés.
4. Les travailleurs qui demandent le test de dépistage à la BeLPT, le font suite à un consentement éclairé et en toute connaissance des conséquences qui pourraient découler des résultats de ce test.
5. Prise en charge par la clientèle de leur « santé au travail ».
6. Les partenaires de la CSST se familiarisent avec les approches en promotion de la santé au travail et sont satisfaits des résultats obtenus.
7. Nos attentes en lien avec le SISAT se réalisent et le système nous apporte satisfaction et gain de temps dans l'accomplissement de nos tâches.

8.2 *PRIORITÉS RÉGIONALES*

Objectifs

D'ici 2007, au niveau régional :

Dans le dossier du monoxyde de carbone, 7 arénas ont été ciblés, pour un total de 47 travailleurs.

- Prévenir l'apparition des effets à la santé reliés à l'exposition au **monoxyde de carbone**, aux **isocyanates** et aux **fibres d'amiante** pour les travailleurs des chantiers de constructions ciblés (25 travailleurs et plus);
- Procéder aux suivis des **systèmes de réfrigération** (ammoniac et fréon) et à la poursuite des activités si nécessaire, dans les arénas;

Dans le dossier du soudage/coupage, 15 établissements ont été ciblés pour un total de 47 travailleurs

- Appliquer la démarche provinciale pour le secteur des ateliers de soudage/coupage au niveau du **béryllium** et des **fumées de soudage**;
- Cibler les établissements concernés par les **contraintes thermiques** et informer les travailleurs des risques à la santé secondaires à l'exposition à la chaleur et/ou au froid;
- Élaborer un protocole d'échantillonnage spécifique du **dioxyde de chlore** dans les papetières qui utilisent le procédé Kraft de blanchiment;
- Prévenir les atteintes à la santé causées par les contaminants priorisés dans les **industries du papier** et des activités connexes;
- Diminuer les risques d'intoxication au **monoxyde de carbone** dans les établissements où les équipes de santé sont déjà actives et en fonction des priorités retenues au niveau provincial;

4 établissements ont été ciblés pour les pesticides

- Prévenir les atteintes à la santé causées par l'exposition aux **pesticides** pour les travailleurs de l'entretien des espaces verts et du secteur de l'horticulture;
- Mettre en place un outil d'intervention régional en matière *de **Qualité de l'Air Intérieur*** **(QAI)** permettant de répondre aux demandes d'intervention dans les édifices non industriels;
- Soutenir les établissements, qui en font la demande, dans la recherche de solution à une problématique de **santé psychologique** des employés;
- Prévenir les atteintes à la santé causées, entre autres, par la **chaleur**, les **piqûres d'insectes**, le **bruit** et les **risques biologiques** (virus du Nil occidental (VNO) et rage);
- Prévenir l'apparition des problèmes de santé reliés à l'exposition aux **solvants** chez les carrossiers; et
- Prévenir les atteintes à la santé, causées par les risques biologiques, poussières,

bruit, contraintes ergonomiques, intoxication par les gaz chez les **travailleurs municipaux**.

Interventions actuelles

19 demandes ont été enregistrées à la CSST pour une problématique de contrainte thermique en été 2003.

- Élaboration d'un programme de santé type (PS type) permettant aux ressources désignées du réseau d'intervenir adéquatement sur les chantiers de construction de 25 travailleurs et plus.
- Suivis de la prise en charge des arénas en regard des systèmes de refroidissement à **l'ammoniac et/ou au fréon**.
- Application de la démarche provinciale et échantillonnage du **béryllium** dans les établissements ciblés par le PII.
- Distribution de l'outil d'évaluation de la **contrainte thermique** et formation des employeurs et travailleurs concernés.
- Élaboration d'une méthode d'échantillonnage spécifique **du dioxyde de chlore** en cours de validation par l'IRSST.
- Suivi du programme de **protection respiratoire** (PPR) dans les industries du papier et autres établissements ciblés.
- Reprise du programme régional *« **monoxyde de carbone** »* incluant la révision du guide.
- Mise en application des PSSE dans le secteur de l'**horticulture** et évaluation de la stratégie du transfert des connaissances dans le secteur *« Espaces Verts »*.
- Validation de l'outil d'intervention de la **Qualité de l'air intérieur**.

818 travailleurs à risque ont été vaccinés contre l'hépatite B et/ou le tétanos en 2003

- Soutien et suivi à 2 établissements dans leur processus de recherche de solution en **santé mentale**.
- Formation continue et suivis des activités d'information en matière de **risques biologiques** : piqûres d'insectes, zoonoses, VNO, rage, etc.
- Soutien aux établissements pour la mise en place des moyens de protection collectifs et individuels en regard de **l'exposition aux solvants**.
- Réponse aux **demandes de service** dans les meilleurs délais, compte tenu de la disponibilité des ressources.

Défis et enjeux

- **Qualité de l'air intérieur** : la démarche QAI permet de systématiser les interventions lors des demandes qui se font de plus en plus nombreuses dans la région et pour lesquelles les ressources ne possédaient pas d'outils validés. Plusieurs paliers étant impliqués, il devenait nécessaire d'arriver à un consensus en lien avec les stratégies d'intervention sur le terrain.

- **Secteur de l'agriculture** : selon les thèmes annuels, les ressources de SAT demeurent des collaborateurs à la CSST/UPA. Dans la région de l'Outaouais, peu d'agriculteurs sont enregistrés à la CSST en tant qu'employeurs et ce secteur compte une importante population de travailleurs anglophones. Pour rejoindre cette population, il faudra donc prévoir une traduction anglaise des outils provinciaux. De plus, l'UPA est limité dans le budget alloué pour la tenue des ateliers des régions de l'Outaouais et des Laurentides. Il existe aussi, dans ce secteur, de multiples petites entreprises à caractère plus familial qu'il faudrait tenter de rejoindre.

- **Chantiers de construction de 25 travailleurs et plus** : les chantiers de construction ont une durée de vie variable ce qui peut parfois sérieusement compliquer les interventions dans ce secteur. La CSST n'est pas toujours

avisée à l'avance de leur ouverture, ceci implique parfois, pour nos équipes, d'intervenir en situation d'urgence. L'équipe de santé au travail de la région en collaboration avec ses partenaires sente le besoin de travailler sur un PS type susceptible de couvrir les différentes situations qui se présenteront.

Le suivi de l'exposition au dioxyde de chlore se fait actuellement auprès de 2 papetières pour environ 750 travailleurs.

- **Papetières** : dans les papetières utilisant le procédé « Kraft » de blanchiment, les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des concentrations non négligeables de dioxyde de chlore. L'évaluation de l'exposition des travailleurs à ce contaminant devrait se poursuivre pour permettre une évaluation plus précise des risques encourus.

- **Contrainte thermique** : les équipes de santé au travail ressentent encore une certaine difficulté à conscientiser employeurs et travailleurs sur cette problématique souvent sous-estimée. La formation et l'information se doivent d'être renforcées

Actions

1. Utiliser la démarche d'intervention, dans toutes les nouvelles demandes **QAI**.
2. Mettre en application un programme de santé souple rapidement applicable lors des interventions sur les **chantiers de construction**.
3. Continuer les échantillonnages dans les **papetières** concernées.
4. Donner la formation aux employeurs et aux travailleurs sur les risques à la santé lors de périodes de **canicule** et présenter l'outil d'évaluation de la **contrainte thermique**.
5. Maintenir les **comités régionaux** avec les partenaires sur des projets visant à protéger la santé des travailleurs.

Résultats attendus

1. Meilleure prise en charge des demandes QAI et satisfaction des demandeurs.
2. Le secteur de la construction (chantiers de 25 travailleurs et plus) comprend et applique les moyens préventifs. Les travailleurs de ce secteur sont plus accessibles et les ressources en SAT peuvent donner la formation et les informations sur les risques à la santé.
3. Diminuer les cas d'intoxication au dioxyde de chlore suite aux recommandations formulées.
4. Les gestionnaires des établissements ciblés utilisent les outils de contrôle de la contrainte thermique.
5. Des biens livrables qui répondent aux besoins des ressources sont produits par les comités régionaux.

8.3 PRIORITÉS LOCALES

Objectifs

84 établissements ont été visités en 2002/2003 pour 4291 travailleurs, dans le contexte du suivi des PSSE.

D'ici 2007, au niveau local :

- Poursuivre d'une façon continue les activités à l'intérieur de chacun des **PSSE** et procéder à leurs mises à jour;
- Mettre en application les **priorités provinciales et régionales**;

L'équipe régional de santé au travail a traité 61 demandes de service, 13 demandes d'indemnisation et 1100 dossiers PMSD traités en 2003

L'équipe a réalisé des activités de premiers soins/premiers secours dans 30 établissements touchant 838 travailleurs du secteur « forêt », et a formé 108 secouristes en 2003.

- Dans le **secteur forêt** et domaines connexes, maintenir et consolider les premiers soins et premiers secours (PSPS) et la prévention des réactions; et allergiques générales graves chez les travailleurs exposés aux insectes piqueurs
- Soutenir l'application et/ou le maintien du PPR.

Interventions actuelles

- Poursuite des activités dans le cadre des PSSE en cours
- Élaboration et/ou mises à jour de PSSE
- Échantillonnages dans le cadre de la surveillance environnementale des milieux
- Suivi des développements provinciaux sur les différentes informations en lien avec le comité provincial forêt et les formations qui en découlent
- Donner les recommandations nécessaires aux établissements ciblés en concertation avec les partenaires
- Assurer annuellement la formation des secouristes sur les mesures d'urgence en cas de réactions allergiques générales graves et produire le rapport annuel au Collège des médecins du Québec

Défis et enjeux

- **Accessibilité des établissements** : Certains établissements restent difficiles d'accès à cause d'un climat de méfiance entretenu par l'employeur ou par une fausse impression de se suffire à soi-même dans la résolution des problématiques internes. Les très petites entreprises (parfois seulement un travailleur) sont, elles aussi, difficilement rejoignables et, dans ce cas, les travailleurs sont mal informés des mesures préventives pour réduire leur exposition à des contaminants et limiter les risques d'atteinte à leur santé.

Actions

1. Initier, là où c'est nécessaire, des stratégies visant à réduire l'exposition des travailleurs à des contaminants.
2. Refaire des tentatives auprès des établissements plus récalcitrants.
3. Répondre adéquatement et rapidement aux demandes de soutien et/ou d'intervention en provenance de la CSST ou des milieux de travail.

Résultats attendus

1. Meilleure gestion des contaminants dans les entreprises, confirmée par les résultats d'échantillonnages.
2. Un plus grand nombre d'établissements « difficiles » sont rejoints.
3. Les réponses données sont compilées et l'ensemble des réalisations est colligé dans le SMEST ou SISAT et le SIG.
4. Mise en application ou suivi des PSSE et des PII selon la planification établie.

9. Développement des communautés

ACCÈS À L'INFORMATION

Objectif

D'ici 2007, au niveau régional :

- Augmenter **l'accessibilité à l'information**, notamment en ce qui a trait à l'état de santé des communautés.

Interventions menées ou actuelles

- Diffusion des **données socio-sanitaires** pour tous les territoires de la région : Portrait de santé, Styles de vie des jeunes, Portrait de la pauvreté en Outaouais.
- Diffusion des **informations régionales liant le développement social et le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être** : organisation d'une Journée thématique sur le développement social, organisation d'une tournée territoriale sur le portrait de santé de l'Outaouais, diffusion du bulletin d'information sur le développement social et évaluation du fonds de développement social et milieux en santé.

Défis et enjeux

- On peut noter ici le défi de diffuser les informations techniques en **forme plus facilement compréhensible** pour les groupes ciblés.

Actions

1. Diffuser les **résultats d'enquêtes et d'autres études**, notamment du Portrait régional de santé et de l'enquête Styles de vie des jeunes.
2. Fournir aux CLSC et à leurs partenaires locaux des **expertises de contenu** dans différents domaines de santé publique.
3. Établir un **portrait du capital social** de l'Outaouais.
4. Informer les partenaires du milieu du **lien existant entre le développement des communautés et l'amélioration de la santé et du bien-être**.

Résultats attendus

1.1 Diffusion des données du portrait de santé de l'Outaouais.
1.2 Présentation des résultats de Styles de vie des jeunes sur les 5 territoires des commissions scolaires - rejoindre une diversité de milieux de vie.
2.1 Développement d'un recueil d'outils et d'interventions en promotion de la santé, à

diffuser auprès des partenaires intersectoriels de la région.

2.2 Diffusion auprès des 8 CLSC et des 5 commissions scolaires de la région, du portrait des initiatives québécoises de type *Écoles en santé* produit par l'INSPQ

3.1 Réalisation d'une étude sur le capital social en Outaouais.

4.1 Diffusion de 200 copies du Bulletin d'information sur le développement social aux organismes du réseau.

4.2 Dépôt et diffusion du rapport d'évaluation du fonds de développement social auprès de tous les promoteurs de projets ayant reçu une subvention depuis sa mise en place.

9.2 *CAPACITÉ D'AGIR INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE*

Objectif

D'ici 2007, au niveau régional :

- Renforcer la **capacité d'agir** des personnes et des communautés en soutenant l'émergence et en apportant un soutien professionnel, technique et financier aux initiatives de développement social et de développement des communautés.

Interventions menées ou actuelles

Le taux de participation aux élections provinciales est habituellement plus bas dans la région de l'Outaouais que celui du Québec. En 2003, le taux de participation était de 59 % en Outaouais et 70 % au Québec alors qu'il était de 73 % et 78 % respectivement en 1998 [5].

- Soutien financier, technique et professionnel des projets communautaires par le biais du **Fonds de développement social**
- Mise en œuvre du **Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire** .
- En collaboration avec la *Commission Gatineau, Ville en santé*, promotion d'une réglementation sur les **lieux publics sans fumée** et soutien à une étude sur les **besoins des personnes âgées**.
- Soutien ponctuel aux **projets *Écoles en santé*** et participation au groupe de recherche de l'INSPQ sur les ***Écoles, milieux en santé.***
- Collaboration à la mise sur pied d'un **Comité régional de concertation sur l'engagement paternel**.
- Contribution à la mise en place de projets de **transport collectif** sur plusieurs territoires ruraux de la région

Défis et enjeux

- **Fusion des établissements :** Le renforcement des capacités individuelles et collectives est au cœur des activités dites de *promotion/prévention*. Or, les fusions des établissements de santé présentent un défi important dans le maintien des activités de promotion/prévention dans les établissements à missions multiples.

- **Adaptation aux réalités locales :** La mobilisation des communautés soulèvera le défi de concilier les priorités nationales et régionales avec celles identifiées par les communautés.

- **Rôle des CLSC:** Des changements dans les orientations provinciales quant

au financement des organismes communautaires, entre autre dans le PSJP, entraînera un changement du rôle des CLSC en matière de gestion et d'attribution de fonds.

Actions

1. Continuer à développer les **capacités régionales et locales en développement social** par le biais, entre autres, du Fonds de développement social et milieux en santé.

2. Collaborer au processus lié à l'implantation de **projets de développement des communautés** tels que : Villes et Villages en Santé (VVS), Écoles et milieux en santé, Intervention globale et concertée en milieu scolaire, Programme 0-5-30 (volet communautaire), etc.

3. Assurer la **liaison et le travail de concertation** entre les acteurs locaux et régionaux de santé publique.

Résultats attendus

1.1 Présence d'au moins un projet mobilisateur en développement social sur chacun des territoires de CLSC.
1.2 Diffusion auprès des partenaires du milieu de 500 copies d'un recueil de différents fonds disponibles pour les projets de développement social.
1.3 Évaluation du Fonds de développement social.
2.1 Développement d'outils et programme de formation pour les intervenants de CLSC et leurs partenaires.
3.1 Mise en place d'un mécanisme de communication et de concertation entre les intervenants de santé publique aux niveaux local et régional.

9.3 POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

Objectif

Le pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu est à 17 % en Outaouais, au Québec, il est de 19 % [7].

D'ici 2007, au niveau régional :

- Promouvoir la mise en place de mesures et de **politiques publiques régionales** qui contribuent à l'amélioration ou au maintien de la santé et du bien-être de la population.

En Outaouais, 11 % des ménages accordent entre 30 % et 49 % de leur revenu au logement et un autre 10 % allouent plus de 50 % de leur revenu au logement [7].

Interventions menées ou actuelles

- En collaboration avec la commission Gatineau ville en santé, promotion d'une réglementation sur les **lieux publics sans fumée**.
- Participation aux discussions en cours avec la municipalité de Gatineau concernant l'élaboration d'une **Politique familiale**.
- Participation des intervenants et des gestionnaires œuvrant en santé publique dans divers lieux de **concertation** : Table de développement social du CRDO, Table famille du CRDO, Table éducation Outaouais du Ministère de l'Éducation, Comité régional de Québec en forme, Table de concertation sur la faim et le développement social de l'Outaouais, etc.

Défis et enjeux

- Il faut clarifier, avec des partenaires intersectoriels, nos **rôles respectifs**.

Actions

1 Participer à la mise en place d'une Politique familiale ou de toute autre mesure visant le développement d'**environnements favorables à la vie familiale et l'amélioration de la qualité de vie** dans les communautés rurales et urbaines de la région (ex. : mesures en lien avec le transport, le logement, le loisir, la vie communautaire, etc.).

2 Collaborer avec la *Commission Gatineau, Ville en santé* à la mise en place d'une réglementation en matière de **lieu public sans fumée**.

3 Assurer la participation de la santé publique dans divers lieux de **concertation**, par exemple: la Table de développement social du CRDO, la Table famille du CRDO, le Comité régional de Québec en forme, la Table de concertation sur la faim et le développement social de l'Outaouais.

Résultats attendus

2.1 Promotion de lieux sans fumée.
3.1 Participation de la DSP dans les différents lieux de concertation.

9.4 *INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE*

Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998, 7 % de la population vivrait une situation d'insécurité alimentaire dans la région de l'Outaouais [22].

Les 10 305 familles des plus pauvres de l'Outaouais, soit environ 10 % de toutes les familles, se partagent 2,1 % du revenu familial de la région. À l'autre bout de l'échelle, les 14 450 familles les plus riches accaparent au moins le tiers du revenu familial en Outaouais [7].

Objectifs

D'ici 2012, au niveau national :

- réduire la prévalence de **l'insécurité alimentaire** à moins de 8%.

D'ici 2007, au niveau régional :

- Appuyer la mise en œuvre de projets issus des communautés visant une réduction durable des **inégalités sociales et économiques** ayant un impact sur la santé

Interventions menées ou actuelles

- **Sécurité alimentaire :** Mise en œuvre, en collaboration avec les CLSC, de plusieurs projets issus des communautés sur tous les territoires, dont : les cuisines collectives, les groupes d'achat, des jardins communautaires ou collectifs, des projets d'agriculture soutenus par la communauté (ASC), des magasins de partages et des cafétérias communautaires. En milieu scolaire, plusieurs CLSC contribuent à la mise en place de petits déjeuners aux élèves d'écoles primaires.

- **Actions intersectorielles :** Collaboration à l'adoption et la mise en œuvre de mesures qui renforcent l'engagement de tous les partenaires du milieu

Pour être en situation de sécurité alimentaire, il faut que toute une population ait accès, en tout temps et en tout dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à coût raisonnable et acceptable aux points de vue social et culturel, que les individus aient un pouvoir d'achat adéquat et qu'ils aient accès à une information simple et fiable qui confère des habiletés et qui permet de faire des choix alimentaires éclairés [10].

en faveur de la réduction durable des inégalités sociales et économiques ayant un impact sur la santé : Programme de subvention en sécurité alimentaire, Projet Québec en forme, Programmes NEGS et PSJP (volet communautaire), mesures sur l'accès aux logements salubres et abordables, etc.

Défis et enjeux

- **Sécurité alimentaire :** Assurer la sécurité alimentaire pour toute la population implique l'engagement des personnes et des collectivités dans un processus de recherche de solutions durables. Le dépannage alimentaire d'urgence ne peut constituer une solution durable à l'insécurité alimentaire. Les interventions alternatives basées sur l'empowerment des individus et des collectivités doivent être favorisées. Il faut toutefois améliorer les connaissances sur les interventions efficaces et pouvant agir en amont du problème de l'insécurité alimentaire. Dans ce contexte, il faut aussi établir des partenariats avec les différents acteurs du milieu œuvrant sur les déterminants de l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire : la pauvreté, les inégalités socio-économiques, l'accessibilité aux logements abordables, etc.

Actions

1 Consolider le **Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire** en soutenant financièrement et professionnellement les projets de concertation en matière de sécurité alimentaire (PSSA), dans une optique de développement social

2 Collaborer à la mise en place du projet ***Québec en forme*** dans la région

3 Collaborer à la mise en place de mesures d'aide aux jeunes familles vivant dans des situations de pauvreté notamment dans le cadre du volet communautaire des projets **NEGS** et **PSJP**.

Résultats attendus

1.1 Développement ou consolidation dans tous les territoires de CLSC d'au moins un mécanisme de concertation ou de projets concertés en matière de sécurité alimentaire.
1.2 Participation de la DSP aux activités de la Table régionale de concertation sur la faim et le développement social.
3.1 Mise en place d'un comité intersectoriel régional pour le volet communautaire des programmes NEGS et PSJP.

10. Pratiques cliniques préventives

Objectifs

D'ici 2007, au niveau régional :

- Promouvoir auprès des intervenants de la santé, notamment les médecins, des **pratiques cliniques préventives (PCP)** visant :

a) toute la population
- Counselling sur les habitudes de vie (incluant la consommation d'alcool)
- Prévention du suicide
- Counselling sur les dispositifs de sécurité
- Détection anxiété et dépression
- Vaccination et autres mesures préventives en maladies infectieuses
- Counselling sur les mesures préventives en santé environnementale

b) les femmes enceintes :
- Counselling acide folique
- Counselling alcool
- Counselling tabac
- Counselling allaitement maternel
- Référence aux programmes de NEGS, PSJP et des CPE
- Dépistage de rubéole, Hepatite B
- Dépistage du VIH
- Dépistage Streptocoque B

c) les adultes et les personnes âgées :
- Dépistage des maladies chroniques
- Dépistage du cancer du sein
- Détection agression sex., violence, abus et négligence

Interventions menées ou actuelles

- Publication bimensuelle de **l'Info-Protection** (pour les maladies infectieuses et la santé environnementale).
- Organisation de **séances de formation ponctuelles** dans le cadre de l'éducation médicale continue (ex. : formation sur le counselling anti-tabagique et sur la prévention du suicide).
- Au niveau régional, **développement d'outils** soutenant une douzaine de PCP considérées prioritaires: le counselling sur le tabac, l'activité physique, la santé dentaire, le dépistage précoce du cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon/rectum et de la prostate, le dépistage de l'hypertension, l'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque, le counselling sur la prise d'acide folique en période périconceptionnelle et l'allaitement maternel.
- Développement d'un **site WEB sur les PCP** pour la dissémination de ces outils.

Défis et enjeux

- **Obstacles au changement :** Le changement des pratiques des médecins et l'environnement dans lequel ils travaillent est une tâche complexe et difficile. A moins que les obstacles fondamentaux ne soient surmontées (manque de temps, mode de rémunération, sentiment d'inefficacité personnelle, absence de consensus sur les recommandations, etc.) et que des actions soient prises pour améliorer l'adhérence à ces pratiques, les efforts consentis à développer des guides de pratique seront gaspillés.
- **Multiplicité d'interventions:** Ainsi pour réussir à intégrer les PCP dans la pratique de tous les jours des cliniciens de l'Outaouais, un ensemble d'interventions adaptées à chaque milieu de travail devront être développées et mises en œuvre.
- **Contexte favorable :** La mise en œuvre de ces interventions dépendent évidemment du bon vouloir des médecins. Heureusement le contexte actuel au Québec favorisant la transformation de la 1ère ligne (GMF) devrait faciliter l'ouverture à ces changements de pratiques.
- **Généralisation des pratiques cliniques préventive:** Les pratiques cliniques préventives ne peuvent se limiter au seul domaine médical, surtout dans un contexte de pénurie régionale d'effectifs médicaux. La promotion des pratiques cliniques préventives devra se faire auprès d'autres intervenants de la santé.
- **Manque de données:** Vu l'absence de données régionales sur l'intégration des PCP, un autre défi sera d'obtenir des données de base sur quelques PCP auprès d' un échantillon de médecins de l'Outaouais afin d'évaluer l'efficacité de nos interventions.

Actions

1. Développer et promouvoir des **outils facilitant l'intégration des PCP** à l'intention des professionnels de la santé et leurs patients.

2. Organiser des **ateliers** interactifs sur certaines PCP à l'intention des cliniciens de 1ère ligne.

3. Mise en œuvre d'une version adaptée du **programme " Put Prevention into Practice " (PPIP)** dans plusieurs cliniques médicales de l'Outaouais.

4. Réaliser une **enquête** périodique sur l'intégration de certaines PCP auprès d'un échantillon de médecins de l'Outaouais.

Résultats attendus

1.1 Développement d'une section sur les pratiques cliniques préventives sur le site WEB de la Régie régionale.
2.1 Offre d'une formation destinée aux médecins sur les PCP en général, la santé périnatale et la santé mentale.
3.1 Réalisation d'un projet pilote de promotion de pratique clinique préventive dans une unité de médecine familiale (UMF) rejoignant 6-8 médecins et 1 infirmière.
3.2 Implantation du programme dans 2 groupes de médecine familiale, rejoignant 15-20 médecins et 4 infirmières.
4.1 Un rapport d'enquête sur l'intégration de certaines PCP identifiant des pistes d'intervention.

11. Plan de mobilisation

Contexte légal

Parmi les mesures prévues pour protéger la santé de la population, la Loi de la santé publique impose à certaines personnes l'obligation de signaler aux directeurs de santé publique les situations qui constituent une menace pour la santé de la population [25]. Elle accorde au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique les pouvoirs d'enquête et d'intervention requis pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer.

La Loi accorde aussi, au gouvernement, le pouvoir de déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou une partie du territoire québécois lorsqu'une situation grave exige une action immédiate pour protéger la santé de la population. Il est donc prévu que chaque plan d'action régional comporte un plan de mobilisation des ressources (PMR):

> *Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.* (Article 12, LSP)

Liens avec les plans de mesures d'urgence

Le PMR fait partie des plans de mesures d'urgence, que ce soit celui de la santé publique, du réseau de la santé et des services sociaux, d'une municipalité, de la région de l'Outaouais ou de la province du Québec. Parmi les différentes phases de réponse qu'on identifie dans ces plans (à savoir : veille ou vigie, alerte, intervention et désactivation), le PMR s'inscrit dans la phase d'intervention, en définissant spécifiquement la réponse du réseau de la santé aux aspects « santé publique » d'une situation d'urgence.

Par exemple, lors de l'éclosion de cas d'infections invasives à méningocoque C à l'hiver '91-'92, la Direction de santé publique de l'Outaouais a dû mobiliser les ressources d'autres établissements du réseau, dont les CLSC, qui ont réussi à vacciner environ 72 000 jeunes de 6 mois à 20 ans en moins d'un mois. Ce processus de mobilisation de ressources, fait jusqu'à présent de façon informelle, est désormais légitimé par la Loi et formalisé par le plan présent.

Les notions de *menace* et d'*épidémie*

En ce qui concerne la définition de *menace* à la santé de la population, l'article 2 de la Loi précise :

> *Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.*

La menace peut être *réelle*, c'est-à-dire exister de fait, parce qu'on a observé une transmission de personne à personne ou une exposition de personnes à un contaminant soit par l'eau, l'air, les aliments ou autre. Ou elle peut être *appréhendée*, c'est-à-dire attendue ou possible, parce qu'on a noté une fuite, un déversement, un animal malade ou mort, des personnes malades à proximité d'autres personnes sans qu'il n'y ait encore eu de transmission ou d'exposition.

Quant à la notion d'*épidémie*, on retient la définition classique du terme, c'est-à-dire qu'il y a épidémie si le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas attendus habituellement. Pour certaines maladies, un seul cas devient une épidémie parce qu'aucun cas n'a été rapporté depuis des années, comme par exemple pour la variole. Le mot épidémie fait également référence à la rapidité et à l'ampleur de la transmission ou de l'exposition par rapport à un ensemble de personnes.

Conditions d'application

Le directeur de santé ne déclenchera le plan de mobilisation des ressources qu'à certaines conditions qui sont décrites à l'article 97 c'est-à-dire lorsqu'il ne peut intervenir avec efficacité et dans les délais requis. Cela implique que l'intervention déborde les capacités habituelles de l'organisation pour répondre à une situation, ce qui est exceptionnel.

> *Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur.*

Par mobilisation des ressources, on entend l'entrée en action des ressources nécessaires pour réaliser une intervention de santé publique soit pour faire une enquête épidémiologique, soit pour appliquer les mesures visant à protéger la santé de la population comme la prophylaxie. Le directeur de santé publique peut d'abord mobiliser les ressources d'un service, c'est ce qui se fait habituellement. Si c'est insuffisant pour réaliser l'intervention de manière efficace et dans les délais requis, il peut faire appel à celles d'un autre service ou aux ressources de l'ensemble de la direction de santé publique ou d'autres directions de la Régie régionale. Finalement, si la situation se détériore davantage ou si l'ampleur de l'intervention le nécessite, il peut faire appel aux ressources d'autres établissements ou organismes du réseau de la santé et des services sociaux, en

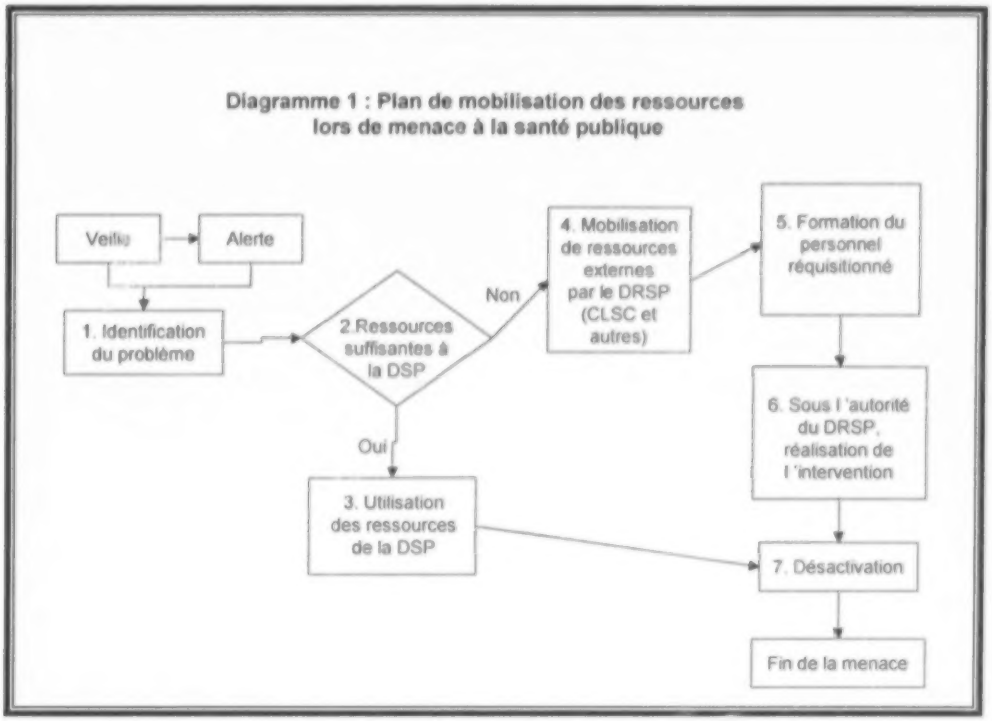
particulier les CLSC, pour y répondre. Il y a donc une gradation dans la mobilisation des ressources en fonction de l'ampleur de la réponse à apporter.

Étapes prévues

La mobilisation se fait selon les étapes suivantes (voir diagramme 1) :

1. On identifie d'abord une menace à la santé causée ou pouvant être causée par un agent biologique, chimique ou physique.
2. On évalue la capacité de répondre du service concerné.
3. Si l'intervention dépasse la capacité de répondre du service concerné, on évalue la capacité de répondre des autres services de la direction de santé publique ou des autres directions de la Régie régionale.
4. Si la capacité de répondre de l'ensemble des services de la direction de santé publique et de la Régie est dépassée, le directeur de santé publique déclenche le plan de mobilisation des ressources en réquisitionnant du personnel d'autres établissements de la région, en commençant par ceux du CLSC du territoire concerné.
5. La Direction de santé publique assure au personnel réquisitionné une formation intensive.
6. Le personnel mobilisé réalise l'intervention de santé publique : enquête épidémiologique et application de mesures de protection.
7. Le plan de mobilisation est désactivé à la fin de l'intervention de santé publique et celle-ci est évaluée avec les personnes impliquées et les gestionnaires.

Diagramme 1 : Plan de mobilisation des ressources lors de menace à la santé publique



La réquisition du personnel d'autres établissements du réseau se fait par le directeur de santé publique qui en fait la demande au directeur général ou au cadre assurant la garde pour l'établissement, en lui indiquant la catégorie et le nombre de travailleurs nécessaires. Il revient au cadre de l'établissement d'aviser les ressources humaines de son organisation. Une fois ses démarches accomplies, le cadre informe le directeur de santé publique du nombre et de la catégorie de travailleurs pouvant être mobilisés et il veille à transmettre aux employés les modalités de l'opération (compétences requises, formation incluant les modalités, tâches à accomplir, lieux, etc.).

Une fois mobilisées, les ressources sont tenues de se conformer aux directives du directeur de santé publique. Cela signifie qu'elles relèvent de l'autorité du directeur de santé publique et qu'elles doivent accomplir les tâches ou fonctions qu'il leur confie. Mais cela implique que le directeur de santé publique planifie l'intervention, qu'il encadre les ressources et qu'il s'assure qu'elles soient formées pour réaliser ce qu'on attend d'elles.

La formation organisée par la direction de santé publique portera sur le problème identifié, les solutions recommandées et les tâches à accomplir. On y présentera : la nature de l'agent en cause, la source, les modes de transmission, les moyens de protection personnelle, l'enquête épidémiologique, les mesures préventives pour les patients et leurs contacts (isolement, vaccination, antibiothérapie, antidotes, etc.), le suivi après l'événement, etc.

Le plan de mobilisation des ressources vient donc officialiser une pratique qui existe déjà sur une base informelle dans le réseau de la santé publique et qui a déjà fait ses preuves dans le passé en terme d'efficacité et de délai de réponse.

Cette section s'inspire du plan de mobilisation élaboré en Estrie. Nous remercions les membres de l'équipe Maladies infectieuses de cette région pour leur aide.

12. Surveillance

Le Programme national de santé publique décrit ainsi la surveillance de l'état de santé :

> " Les activités associées à la surveillance permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances aux fins suivantes :
> - informer la population sur son état de santé, de manière à ce que les individus, les groupes, les communautés ou leurs représentants puissent comparer leur état à celui de l'ensemble de la population et agir avec le meilleur éclairage possible en faveur de leur santé et de leur bien-être;
> - soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire tant par la détermination des problèmes prioritaires que par la connaissance des problèmes émergeant dans la population générale ou dans certains groupes, ce qui permet de concevoir les politiques appropriées et d'offrir les activités et les services adéquats;
> - réviser les orientations et les choix grâce au suivi des indicateurs de résultats;
> - soutenir la prise de décision dans les secteurs d'activité connexes dont les actions, les services ou les politiques peuvent avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population. "

Cette fonction générale et statutaire de surveillance est exercée régionalement par la Direction de santé publique qui produit l'information requise sur une base régionale et, si possible, sur une base locale. Les exemples les plus récents sont le Portrait santé, l'Enquête Styles de vie des jeunes et le Recensement 2001.

Le plan commun de surveillance

Dans le cadre du PNSP, un plan commun national de surveillance est en voie de finalisation. Les indicateurs contenus dans ce plan seront générés centralement par l'InfoCentre de santé publique, sur des bases nationale et régionale.

Ce plan commun contient un ensemble d'objets et d'indicateurs généraux (dits de surveillance générale) et des objets et indicateurs spécifiques à chaque domaine et objectifs du PNSP. Un grand nombre d'indicateurs généraux sont transversaux, répondant parfois à plus d'un domaine ou plus d'un objectif du programme. Les indicateurs spécifiques sont associés à des objectifs précis mais peuvent aussi être, dans certains cas, transversaux.

Objets et indicateurs de surveillance

Les objets du plan de commun de surveillance sont :

- **Conditions démographiques :** effectif, structure selon l'âge et le sexe, mouvement de population ;
- **Conditions socioculturelles :** modalité de vie, langue, immigration ;
- **Conditions socioéconomiques :** scolarité, revenu, emploi ;
- **Environnement physique :** eau, air, sol, aliments, logement, milieu de travail ;
- **Environnement social et adaptation sociale :** soutien social, réalité familiale, adaptation sociale, développement des compétences ;
- **Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs :** alimentation,tabac, alcool, drogues et

jeux de hasard, poids corporel, activité physique, grossesse,naissance et allaitement, comportement de protection ;

- **Services de santé :** services préventifs (services dentaires, mammographie, test de Papanicolaou, vaccination), services de première ligne (médicament et méthadone, Info-Santé CLSC), autres services de santé au besoin ;
- **État de santé global :** perception de l'état de santé, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, perte d'autonomie, mortalité selon l'âge ;
- **État de santé physique :** perte d'autonomie, prévalence de problèmes de santé physique, morbidité et mortalité selon la cause ;
- **État de santé mentale :** perception de l'état de santé mentale et estime de soi, problème de santé mentale, détresse et stress, idée suicidaire et tentative de suicide, suicide, dépression, hospitalisation pour trouble mental.

Les indicateurs au niveau national seront quant à eux approuvés de façon définitive en novembre 2003 pour la première production du plan commun de surveillance en 2004 et les sources d'information requises pour les produire, de même que leur utilisation, devront recevoir préalablement un avis favorable du Comité d'éthique en santé publique (CÉSP) et de la Commission d'accès à l'information (CAI).

L'objectif du plan commun est d'assurer une surveillance adéquate des problèmes, facteurs de risque et déterminants associés directement ou indirectement aux domaines et objectifs du PNSP. La Directrice régionale de santé publique devra considérer les indicateurs produits nationalement pour sa région et s'assurer que leur évolution va dans le sens attendu par le PNSP.

La Direction de santé publique préparera après l'adoption du Plan national commun de surveillance et du Plan d'action régional en santé publique (PAR) un plan régional de surveillance. Ce plan régional devra, quand c'est possible, produire les informations sur une base locale afin que les CLSC et les autres partenaires communautaires puissent eux-aussi s'assurer que l'état de santé s'améliore dans le sens attendu par le PAR.

13. Évaluation

L'évaluation des activités du plan d'action régional de santé publique permet de vérifier que les résultats escomptés sont atteints et, au besoin, d'y apporter les ajustements nécessaires. Plus précisément, le but de l'évaluation est de porter un jugement critique sur une activité, une ressource ou un résultat (de processus ou de santé). Ce jugement est basé sur des *critères* et des *normes*. Par critère, on entend une caractéristique observable, c'est-à-dire un *indicateur* ou une variable correspondant aux éléments du programme évalué. Généralement, plusieurs indicateurs sont utilisés dans une même évaluation. La norme est le point de référence du critère qui permet de porter un jugement. Par exemple, si l'objectif est de réduire la mortalité périnatale à 10 décès pour 1000 naissances, le critère sera la mortalité périnatale et la norme sera de 10 pour 1000.

Ainsi on peut définir l'évaluation d'un programme comme étant : *une démarche qui consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes dans le but de porter un jugement sur les différentes composantes du programmes (i.e. les ressources, activités et résultats) tant au stade de sa conception que de sa mise en œuvre, ainsi que sur les étapes du processus de planification qui sont préalables à la programmation* [19]. L'application des critères et normes doit être ajustée au contexte d'implantation du programme.

Les types d'activités régionales prévues pour l'évaluation

L'évaluation de l'ensemble des activités de ce plan repose sur trois types d'évaluation, soit le *suivi de l'implantation*, le *suivi des indicateurs sociosanitaires* et la *recherche évaluative*.

Suivi de l'implantation des activités

Le but du *suivi de l'implantation* des activités est la rétroaction et l'ajustement des éléments du programme. Il s'agit de vérifier principalement dans quelle mesure les activités régionales et locales sont offertes et avec quelles ressources, de décrire les écarts observés par rapport aux *résultats intermédiaires* identifiés pour chaque activité et d'évaluer, s'il y a lieu, la satisfaction des personnes qui en ont bénéficié. Les résultats de suivi de l'implantation sont prévues pour 2006.

Suivi des indicateurs sociosanitaires

Le *suivi des indicateurs sociosanitaires* permet de juger de l'atteinte des *résultats finaux*, i.e. les objectifs de santé, poursuivis par le plan et de décrire les écarts qui seront constatés. Afin de vérifier l'atteinte des objectifs de santé, les données seront principalement analysées aux niveaux national et régional, à l'aide des sources de données déjà utilisées à cette fin (par exemple, le fichier Med-Écho, le fichier des décès et certaines enquêtes) ou des nouveaux indicateurs définis dans le cadre des innovations en surveillance prévues dans le PNSP. Il faut souligner, à cet égard les liens étroits entre ce type d'évaluation et la fonction de surveillance. Le rapport de cette évaluation devrait donc être produit avec le rapport régional sur l'état de santé.

Recherche évaluative

Finalement, certaines activités pourront faire objets de *recherche évaluative* afin de déterminer la relation entre les résultats observés, les activités et les ressources investies. Les buts de la recherche évaluative sont : de déterminer l'effet d'un programme, d'établir la validité des normes établies et d'expliquer les conditions de réussite ou d'échec du programme. Compte tenu de leur complexité, les études évaluatives porteront sur des objets précis et nécessiteront l'établissement de devis de recherche et la création des instruments appropriés. La contribution du niveau local est essentielle non seulement pour soupeser le besoin et la pertinence de telles études évaluatives, mais aussi pour participer à l'élaboration des protocoles ainsi qu'à la collecte et à l'analyse des données. Les études évaluatives particulières se tiendront de façon ad *hoc*, au moment opportun, compte tenu des interrogations soulevées par la mise en œuvre de certaines activités et des moyens disponibles.

Système d'information

L'évaluation du PAR sera faite dans la mesure du possible avec les systèmes administratifs existants (I-CLSC, par exemple) ou devra faire l'objet de cueillettes manuelles dans les cas où les systèmes administratifs ne le permettent pas. Pour certaines activités, des enquêtes préliminaires sont nécessaires pour obtenir des données de base sur les résultats attendus (par exemple, les taux actuels d'allaitement maternel dans la région).

Proposition de démarche

Dans un premier temps, des ressources régionales d'évaluation devront être identifiées pour concevoir, soutenir et coordonner l'ensemble de la démarche d'évaluation tant au niveau régional que local. Par la suite il faudra établir un plan plus détaillé d'évaluation incluant les éléments suivants :

- Bilan général
  - Les activités menées ou actuelles d'évaluation
  - Les défis et enjeux généraux
- Les acteurs impliqués
  - Le(s) responsable(s) de l'évaluation régionale et locale
  - Les utilisateurs éventuels des données d'évaluation
- Suivi de l'implantation
  - Les sources d'information et outils disponibles sur les activités et ressources
  - Les principales sources de données à exploiter
  - Les indicateurs disponibles et à retenir
  - Les conditions de succès
- Suivi des données sociosanitaires
  - Identification des arrimages possibles avec les activités actuelles de surveillance
- Recherche évaluative
  - Identification des critères de sélection d'objets de recherche évaluative
  - Recommandation préliminaire des objets de recherche évaluative pour le prochain plan triennal
- Diffusion des résultats d'évaluation
- Échéancier

14. Conditions de succès

La réussite de ce plan d'action repose essentiellement sur deux éléments de contexte qui nous apparaissent majeurs et qui présentent des défis importants : les *changements organisationnels* et le *financement des activités de santé publique*.

Changements organisationnels

Bien qu'il se situe en continuité avec les actions menées à ce jour, l'implantation de ce plan d'action régional et éventuellement, des plans d'action locaux, amène à une plus grande décentralisation des actions de santé publique. Ceci introduit, surtout au niveau local, de nouveaux rôles (ex : rôle de planification, rôle de gestion), activités (ex : réponse en santé environnementale) et façons de faire (ex : approche de gestion par résultat).

De plus, l'implantation de ce plan d'action régional de santé publique se fera dans un contexte de réforme de santé qui prévoit, entre autres, un changement dans la mission des régies régionales et la création de réseaux locaux de santé avec la fusion d'établissements. L'impact réel de cette réforme sur l'organisation des services de santé publique est jusqu'à maintenant inconnu et constitue un objet de préoccupation.

Dans ce contexte, on peut identifier les conditions de succès suivantes:

- Disponibilité, au niveau régional, d'une **masse critique** de ressources humaines en santé publique
- Disponibilité, au niveau local, de **ressources dédiées** aux activités de santé publique
- Un mécanisme de **coordination et de concertation fluide** entre les paliers régional et local, incluant un meilleur **arrimage** dans leurs structures respectives
- Un plus grand investissement dans la **formation** des ressources humaines en santé publique

Financement des activités de santé publique

La mise en œuvre de l'ensemble de ce plan introduit des besoins de ressources majeurs. Outre l'introduction de nouvelles activités aux niveaux régional et local, ces besoins de ressources sont aussi conditionnés par les stratégies qui sous-tendent le plan, dont: l'**action sur les milieux de vie**, l'**approche intersectorielle** et **l'approche par résultats**. Déjà, on peut percevoir les conséquences de ces choix stratégiques qui, de façon générale, mènent à :

- des **interventions plus complexes et de plus grande envergure**;
- un besoin de **développer de nouvelles capacités** ou d'améliorer des capacités actuelles (par exemple : les capacités de communication persuasive, de gestion par résultats, de travail en équipe, etc.);
- une augmentation du nombre de **rencontres**, de déplacements, de documents à lire et à produire, etc.;
- un plus grand besoin de **soutien administratif**; et
- une intensification des activités d'**évaluation**;

Le manque de ressources pour mettre en œuvre l'ensemble du PNSP fait donc l'unanimité. Lors du dépôt du Programme national de santé publique, il a été estimé que sa mise en œuvre nécessiterait un doublement des ressources actuelles de santé publique au niveau national.

Les ressources actuelles de santé publique en Outaouais étant estimées à 12,7 M$, les ressources totales requises pour le plein déploiement du PAR 2004-2007 se chiffrent à environ **25,4 M$.**

Conclusion

Le document présent est le premier plan d'action régional de santé publique de l'Outaouais. Les actions proposées visent plusieurs problèmes de santé publique, divisés en six domaines d'intervention. Bien qu'il se situe en continuité avec les actions menées à ce jour, il introduit toutefois de nouvelles activités et de nouvelles façons de faire qui pourront être implantées graduellement.

La mise en œuvre et l'évaluation de ce plan font appel à une plus grande concertation entre tous les acteurs actuels de la santé publique, que ce soit des organismes communautaires, des intervenants régionaux ou locaux, des chercheurs ou des décideurs. De plus, ces acteurs de santé publique sont invités à collaborer plus étroitement avec les autres acteurs du réseau socio-sanitaire et les partenaires intersectoriels afin d'atteindre, d'ici 2012, des résultats concrets de santé. Pour ce faire, ils sont appelés à travailler en amont des problèmes de santé et donc, à réduire les facteurs qui menacent la santé et à promouvoir ceux qui la protègent.

Le plan est donc ambitieux. Comme dans tout changement, son implantation ne doit pas être vue comme un processus linéaire, avec un début et une fin, mais plutôt comme un processus itératif qui laisse place à la participation et à l'innovation. C'est ainsi que nous aurons, dans la région de l'Outaouais, des gens en santé dans des milieux en santé.

Références

1. Cardinal, M. (2000), Communication personnelle, traitement des données du fichier MED-ECHO 1999-2000, Direction de santé physique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

2. Courteau, J.P., L. Émond, P. Garvie (2002). *Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CSLC*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

3. Deschesnes, M., S. Demers, et Finès, P. (2003). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais, 1991-1996-2002,* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

4. Deschesnes, M. et Finès, P. (2003). *Évolution de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les élèves du secondaire dans la région de l'Outaouais, 1985-1991-1996-2002*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

5. Directeur général des élections, site web : *www.dgeq.qc.ca/information*, consulté le 03/11/2003.

6. Dubois, L. et M. Girard (2002). «Évolution des comportements et des pratiques alimentaires» dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol.2, numéro 5.

7. Émond, L. (2003). Recensement 2001. *Les résidents de l'Outaouais – Profil démographique, social et économique*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

8. Émond, L. (1996). *La surveillance des accidents de la route en Outaouais de 1984 à 1994.* Gatineau: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

9. Garvie, P. et coll. (2001). *Enquête sociale et de santé: Outaouais 1998.* Gatineau: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de santé publique.

10. Gauvin, J.L. et coll. (1996). *Agir ensemble pour contrer l'insécurité alimentaire au Québec.* Ordre professionnel des diététistes du Québec.

11. Institut national de santé publique du Québec (2001). *Bulletin d'Information Toxicologique.* Sainte-Foy: Institut national de santé publique du Québec, Direction de la toxicologie humaine.

12. Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998.* Québec: Institut de la statistique du Québec.

13. Institut de la statistique du Québec (2001). *Enquête sociale et de santé 1998: Rhume des foins.* Montréal: Institut de la statistique du Québec (données non publiées).

14. Masson, I. et D. Dorval (1998). *Profil des traumatismes au Québec: de 1991 à 1995.* Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *L'allaitement maternel au Québec: Lignes directrices.* Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

16. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Fichier provincial des éclosions, 2002.

17. Ministère des Transports du Québec (1999). *Livre vert - La sécurité routière au Québec: un défi collectif.* Québec: Ministère des Transports du Québec.

18. Morin P., P. DeWals, D. St-Cyr-Tribble, T. Niiyonsenga, H. Payette (2002). "Pregnancy planning: A determinant of folic acid supplements use for the primary prevention of neural tube defects". *Can J Pub Health*; 93(4): 259-63.

19. Pineault, R., C. Daveluy (1995). *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies.* Montréal : Éditions nouvelles.

20. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2003). *Info Protection - Bulletin d'information - Maladies infectieuses - Santé environnementale.* Gatineau: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de santé publique.

21. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2003). *Tableau sur les maladies à déclaration obligatoire, Outaouais 1998-2002.* Gatineau: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de santé publique (document non publié).

22. Rouffignat, J. et coll. (2001). *De la sécurité alimentaire au développement social: Les effets des pratiques alternatives dans les régions du Québec 1999-2000.* Québec: Département de géographie, Université Laval.

23. Santé Canada (2000). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000.* Ottawa : Ministre des travaux publics et des services gouvernementaux Canada.

24. Société de l'assurance automobile, site web : www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/sieges consulté le 30/10/2003.

25. Québec (2001). *Projet de loi no. 36* (2001, chapitre 60), Loi sur la santé publique, sanctionnée le 20 décembre 2001. Québec : Assemblée nationale.

Octobre 2003

Le document complet du Plan d'action régional
est disponible sur le site Internet de la
Direction de santé publique de l'Outaouais
www.santepublique-outaouais.qc.ca

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
RRSSSO

104, rue Lois
Gatineau (Québec)
J8Y 3R7

Téléphone : (819) 777-3871
www.santepublique-outaouais.qc.ca

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

Pour des gens en santé dans des milieux en santé

Synthèse du Plan d'action régional en Santé publique

La Direction de santé publique de l'Outaouais est heureuse de vous présenter son Plan d'action régional. Ce plan vous permettra de mieux connaître ses principaux champs d'intervention. Pour établir ce plan, nous avons d'abord tenu compte des mandats confiés par le MSSS auxquels nous devons répondre. Nous avons ensuite déterminé quels étaient les principaux problèmes de santé rencontrés en Outaouais et évalué quelles interventions reconnues efficaces en prévention pourraient être entreprises, afin de réduire ces problèmes.

Les CLSC seront responsables de la grande majorité des activités citées. Plusieurs de ces activités sont d'ailleurs déjà en place sur les différents territoires. D'autres activités devront être faites en concertation avec d'autres partenaires tels que les organismes communautaires, les écoles, les municipalités et les entreprises privées, sur lesquels nous comptons beaucoup pour nous aider à améliorer l'état de santé et de bien-être de notre population.

D'autres comportements feront également l'objet d'interventions spécifiques.

Soutenir l'Intervention globale en prévention des suicides.

Implanter un premier site de services intégrés de dépistage des d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et implanter le Programme d'échanges de seringues dans tous les territoires de CLSC, dans le but de réduire le nombre de ITSS.

Former et outiller les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé, en particulier les médecins, ont une grande influence sur le changement de comportement de leurs patients. Il est donc important de bien les former afin qu'ils puissent intervenir efficacement auprès d'eux. Le dossier de Pratiques cliniques préventives sera largement développé au cours des prochaines années et se concrétisera par les actions suivantes.

Développer des outils et offrir des séances de formation aux professionnels de la santé sur les pratiques cliniques préventives en général, sur la santé périnatale et la santé mentale.

Réaliser le projet pilote du programme « Intégrez la prévention à votre pratique » dans une unité de médecine familiale.

Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des citoyens

Plusieurs actions peuvent être entreprises afin d'améliorer la qualité de vie des citoyens. La Direction de santé publique souhaite s'impliquer dans de telles actions chaque fois qu'elle le peut. Elle entend le faire de la façon suivante.

Apporter notre contribution à la mise en place d'une politique familiale et de toute autre politique visant l'amélioration de la qualité de vie des citoyens, en participant à des tables de concertation intersectorielles.

Déposer une proposition de stratégie d'évaluation de la qualité de l'air extérieur auprès du ministère de l'Environnement.

Participer à l'élaboration d'un plan d'action en lien avec les jeux de hasard et d'argent.

Favoriser la mise sur pied de projets en matière de sécurité alimentaire, afin de permettre à tous les citoyens de s'alimenter suffisamment et adéquatement.

Poursuivre notre soutien technique et financier aux organismes de l'Outaouais qui mettent sur pied des projets qui encouragent le partenariat dans des activités en lien avec la jeunesse et la pauvreté, grâce au Fonds de développement social.

Interventions auprès de la population en général

Surveiller et protéger la santé de la population

Les événements des dernières années tels que la menace de terrorisme biologique et l'apparition de nouvelles maladies comme la pneumonie atypique (SRAS) et le virus du Nil occidental, nous amènent à renforcer certaines actions préventives et à en entreprendre de nouvelles. Les actions qui devront être prises au cours des trois prochaines années sont les suivantes.

Élaborer un plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé de la population.

Élaborer différents plans régionaux d'intervention pour répondre à des menaces telles que la variole, le SRAS ou une épidémie de grippe.

Maintenir notre système de vigilance pour répondre à toutes les demandes reliées aux maladies infectieuses présentant une menace réelle ou potentielle à la santé de la population.

Mettre en place une réponse de première ligne en santé environnementale dans chaque CLSC.

La Direction de santé publique effectue plusieurs recherches afin de connaître et surveiller l'état de santé de la population de l'Outaouais. Elle poursuivra ces recherches qui lui permettront d'évaluer quelles actions doivent être entreprises afin de réduire les problèmes de santé de la population et de favoriser son bien-être.

Encourager les bonnes habitudes de vie et prévenir les problèmes de santé

Plusieurs interventions efficaces ont contribué à réduire le tabagisme dans notre région. Il reste cependant encore beaucoup à faire pour réduire davantage le nombre de fumeurs en Outaouais et ainsi réduire un grand nombre de problèmes de santé. Les principales actions envisagées sont les suivantes.

Consolider les services de cessation du tabagisme sur chaque territoire de CLSC.

Augmenter le nombre de lieux publics sans fumée.

Inciter les jeunes à ne pas commencer à fumer en établissant des programmes dans les écoles, dans le cadre de l'intervention globale et concertée.

Assurer le relais avec les campagnes provinciales sur les habitudes de vie.

Interventions auprès des parents et enfants de 0-5 ans

Nous souhaitons tous que les enfants puissent naître et grandir en santé et avoir la chance de développer leur plein potentiel. Pour ce faire, il faut aider les parents en général et plus particulièrement ceux qui vivent certaines difficultés, afin de les aider à bien assumer leur rôle. Il faut également favoriser le développement global de l'enfant.

Les CLSC offrent des services de premier plan en périnatalité. Certains organismes communautaires offrent également des services qui s'adressent aux parents et à leurs jeunes enfants. Mais les municipalités, les employeurs et autres organismes peuvent aussi apporter leur contribution en créant des environnements favorables aux familles. Qu'il s'agisse de soutien aux parents, de conditions facilitantes de travail ou de loisirs, nous pouvons tous contribuer à la santé et au bien-être des enfants.

Les actions prévues en santé publique en ce qui concerne les enfants de 0-5 ans sont les suivantes.

Mettre en place le plan de services intégrés en périnatalité, notamment des services de rencontres prénatales, appels téléphoniques et visites à domicile après la naissance, afin d'aider tous les futurs parents de l'Outaouais à bien assumer leur rôle.

Rejoindre 50 % de la clientèle visée par le programme Naître égaux/Grandir en santé ainsi que 80 % de la clientèle visée par le Programme de soutien aux jeunes parents. Ceci, afin d'aider les familles en difficulté à bien préparer la venue de l'enfant et lui assurer un développement optimal. Un comité intersectoriel régional devra être mis en place afin d'assurer la coordination de ces deux programmes.

Rejoindre 50 % des enfants de milieux défavorisés par des programmes de stimulation précoce afin de favoriser leur développement.

Favoriser la pratique de l'allaitement, en élaborant un plan d'action régional qui permettra de développer des actions concertées en allaitement. Une des composantes principales de ce plan sera l'implantation de l'Initiative Amis des bébés (IAB). Cette initiative, reconnue mondialement, vise à mettre en place des conditions pour soutenir l'allaitement maternel.

S'assurer que 95 % des enfants de 0-5 ans aient reçu leurs vaccins dans les délais prescrits.

Informer les parents des dangers des rayons ultraviolets chez les enfants de 0-5 ans, afin de réduire les cas de cancer de la peau.

Interventions auprès des jeunes d'âge scolaire

Il existe déjà de nombreuses activités de prévention développées par les CLSC, les milieux scolaires et les organismes communautaires. Ces activités manquent actuellement de concertation et de coordination pour qu'un effet synergique vienne renforcer les messages et les pratiques de santé destinés aux jeunes. Une intervention globale et concertée va permettre de reconnaître les activités déjà existantes, de les renforcer, de les améliorer et d'en développer d'autres au besoin.

Voici quelques-unes des actions prévues dans le Plan d'action régional de santé publique en ce qui concerne les jeunes d'âge scolaire.

Élaborer et implanter une intervention globale et concertée destinée aux jeunes d'âge scolaire de 6 à 18 ans.

Offrir des services de consultation en matière de sexualité sur tous les territoires de CLSC.

Soutenir les campagnes provinciales sur la prévention de la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale « Parler, c'est grandir! ».

Soutenir des campagnes provinciales et régionales pour inciter les jeunes à ne pas fumer ex.: le défi « J'arrête, j'y gagne! » et « Gang allumée » et promouvoir des écoles sans fumée dans le cadre des ententes MSSS-MEQ.

Collaborer au programme « Québec en forme », inciter au moins 60 écoles à participer au programme « École active » et 30 écoles à la campagne nationale jeunes de Kino-Québec.

Vacciner au moins 90 % des enfants de 4e année primaire contre l'hépatite B et 90 % des enfants de la 3e année du niveau secondaire contre la diphtérie et le tétanos.

Dans le cadre du Programme public de services dentaires préventifs, plusieurs mesures doivent être entreprises. Effectuer le dépistage du risque de développer des caries dentaire auprès de 98 % des enfants de la maternelle. Effectuer l'application topique de fluorure auprès de 85 % des enfants identifiés à risque et référer à des bureaux privés tous les enfants présentant un besoin évident de traitement. Réaliser deux projets pilotes d'application d'agent de scellement dentaire.

Interventions auprès des adultes

Au cours des prochaines années, les interventions auprès des adultes seront concentrées sur la nutrition, l'activité physique, le non tabagisme, l'usage modéré d'alcool, le dépistage du cancer du sein et la santé et sécurité au travail. Les principales interventions seront les suivantes.

Mettre en œuvre des projets de type « 0-5-30 » pouvant se résumer aux objectifs suivants: 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour. La promotion de ce programme se fera dans les milieux de travail, les milieux communautaires et les cabinets de médecins.

Élaborer un plan d'organisation de services pour les buveurs à risque du type Alcochoix.

Mettre sur pied deux autres centres de dépistage, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Réaliser l'ensemble des activités prévues dans l'entente entre le MSSS et la CSST et soutenir des activités ponctuelles de promotion/prévention dans les milieux de travail.

Interventions auprès des personnes âgées

Parmi les principaux problèmes rencontrés chez les personnes âgées, on note les complications dues à la grippe, les chutes, la perte d'autonomie, les abus et la violence envers les aînés. Les interventions visées concernent donc ces problèmes spécifiques.

Augmenter la couverture vaccinale contre la grippe à 80 % des aînés vivant en hébergement et à 60 % des aînés vivant dans la communauté.

Former les médecins sur la prévention des chutes, notamment en ce qui concerne la pratique de l'activité physique, la consommation de médicaments et l'utilisation d'accessoires fonctionnels (marchettes, chaises roulantes).

Augmenter le nombre de groupes de personnes âgées qui pratiquent l'activité physique dans le cadre du programme Viactive, afin de maintenir leur autonomie.

Élaborer un plan d'action régional en matière de prévention des abus et de la négligence envers les aînés.